

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

DAVID ANDREY DA SILVA

**O ENVOLVIMENTO DOS ENFERMEIROS DIANTE DA INSERÇÃO DE AÇÕES DE
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

RIO DO SUL

2021

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

DAVID ANDREY DA SILVA

**O ENVOLVIMENTO DOS ENFERMEIROS DIANTE DA INSERÇÃO DE AÇÕES DE
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Enfermagem da Área de Ciências Médicas, Biológicas e da Saúde, do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como pré-requisito parcial, para a conclusão de graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Diogo Laurindo Brasil.

RIO DO SUL

2021

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

DAVID ANDREY DA SILVA

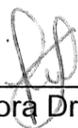
**O ENVOLVIMENTO DOS ENFERMEIROS DIANTE DA INSERÇÃO DE AÇÕES DE
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Área de Ciências
Médicas, Biológicas e da Saúde, do Centro
Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale
do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora,
formada por:



Orientador: Professor Me. Diogo Laurindo Brasil

Banca Examinadora:



Professora Dra. Ana Ines Gonzales



Professora Me. Amanda Santos de Oliveira

Rio do Sul, 1 de dezembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus avós maternos Noely e Alceu, por não medirem esforços para que eu pudesse estar concluindo mais uma etapa importante em minha vida, não consigo expressar tamanha gratidão por tudo que já recebi e continuo a receber de vocês.

Aos meus melhores amigos, de perto e de longe, por estarem presentes durante toda essa trajetória e tornarem meus dias mais leves e agradáveis. Stéfanie, Bianca, Rafael e Vitor, não poderia ter escolhido uma segunda família melhor para construir e dividir minhas memórias.

Ao meu orientador, Diogo Laurindo Brasil, pelo aceite e contribuições na construção desse trabalho. Aos demais professores do curso, pelo compartilhamento de suas vivências e ensinamentos tanto em sala quanto nos campos de atividades práticas e estágio.

Às minhas supervisoras de estágio não-obrigatório, Carmem Maria Schlatter e Marizete Serafim Hoffmann, pela paciência e todo o conhecimento repassado. Agradeço por toda confiança depositada em mim.

À UNIDAVI por ser uma instituição transformadora e por ser meu ponto de partida na jornada acadêmica. Ao Programa Universidade para Todos (PROUNI) pela oportunidade de ingressar no Ensino Superior; espero retribuir à sociedade através de minhas futuras práticas profissionais.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A Atenção Básica caracteriza-se como um ponto altamente estratégico para a oferta de cuidados em saúde mental, pois promove o encontro habitual entre enfermeiro-usuário, oportunizando o conhecimento do perfil comunitário em que o paciente está inserido, a criação e o fortalecimento do vínculo. O objetivo geral deste estudo foi avaliar o envolvimento dos enfermeiros diante da inserção das ações de saúde mental na Atenção Básica. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com enfermeiras inseridas na atenção básica de um município do Alto Vale do Itajaí. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram explorados através do método de análise de conteúdo de Bardin. Durante a análise dos dados elencou-se três categorias, sendo elas: conhecimento dos enfermeiros sobre as ações de saúde mental na Atenção Básica; ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas do município; e reconhecimento dos pontos da RAPS e a interação dos enfermeiros da Atenção Básica com a equipe multiprofissional. As discussões foram realizadas à luz da Teoria das Relações Interpessoais, de Peplau. As ações de saúde mental mais conhecidas pelas enfermeiras foram o acolhimento e os grupos terapêuticos; poucas mencionaram as abordagens de redução de danos, as ações direcionadas ao público infantojuvenil e as intervenções psicossociais avançadas. Quanto à realização de ações de saúde mental em suas unidades, a atuação foi convergente com os seus restritos saberes, o acolhimento foi o único dispositivo citado por todas as entrevistadas, seguido do desenvolvimento de grupos terapêuticos pelas equipes de saúde da família. As ações de promoção de saúde mental nas escolas, também foram abordadas por algumas enfermeiras. Quanto à intervenção de redução de danos, apenas a realização de testes rápidos foi mencionada como uma ação efetuada nesses serviços. Não são desenvolvidas intervenções psicossociais avançadas e nem ofertadas Práticas Alternativas Complementares nas unidades. O encaminhamento dos usuários com demandas de saúde mental a outros pontos da rede de atenção psicossocial continua sendo um dos principais processos realizados pelas enfermeiras da atenção básica no município. Ao correlacionar as ações desenvolvidas nas unidades com as práticas recomendadas pelo Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, percebe-se que até mesmo as poucas abordagens desenvolvidas no município destoam, de modo geral, do que é proposto pelo material. Evidenciou-se que o envolvimento das enfermeiras diante da inserção das práticas de saúde mental na esfera da atenção básica é bem limitado. Sendo assim, é relevante que os serviços de saúde busquem trabalhar questões de educação permanente abordando as práticas de saúde mental com os enfermeiros e demais profissionais da atenção básica, a fim de desmistificar as ações que podem ser desenvolvidas dentro desse âmbito da atenção e ampliar as práticas que já vem ocorrendo de forma restrita.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem de Atenção Básica.

ABSTRACT

The Primary Care is characterized as a strategic point for the offer of mental health care, since it promotes the usual encounter between nurse-patient, providing the knowledge of the community profile in which the patient is inserted, the creation and strengthening of the bond. The general objective of this study was to evaluate the nurses' involvement in the insertion of mental health actions in Primary Care. This is a qualitative descriptive-exploratory study, carried out with nurses inserted in primary care in a municipality in Alto Vale do Itajaí. The data were collected through the application of an interview script with open and closed questions. The data were explored using Bardin's content analysis method. During data analysis, three categories were listed: nurses' knowledge about mental health actions in Primary Care; mental health actions developed in the basic units of the municipality; and recognition of the points of the Psychosocial Care Network and the interaction of Primary Care nurses with the multiprofessional team. The discussions were conducted in the perspective of Peplau's Theory of Interpersonal Relations. The mental health actions most known by the nurses were the user embracement and the therapeutic groups; a few mentioned the harm reduction approaches, the actions directed to the children and youth public and the advanced psychosocial interventions. As for the implementation of mental health actions in their units, the performance was convergent with their restricted knowledge, the user embracement was the only device mentioned by all interviewees, followed by the development of therapeutic groups by the family health teams. The actions to promote mental health in schools were also addressed by some nurses. As for the harm reduction intervention, only the conducting of rapid tests was mentioned as an action carried out in these services. No advanced psychosocial interventions are developed and no Complementary Alternative Practices are offered in the units. The referral of users who have mental health demands to other points of the psychosocial care network remains one of the main approaches carried out by primary care nurses in the municipality. When correlating the actions developed in the basic units with the practices recommended by the Basic Mental Health Care Booklet, it can be seen that even the few approaches developed in the city deviate, in general, from what is proposed by the material. The nurses' involvement in the insertion of mental health practices in primary care was quite restricted. Therefore, it is relevant that health services seek to work on continuing education approaches addressing mental health practices with nurses and other primary care professionals, in order to demystify the actions that can be developed within this scope of care and expand the practices that have already been occurring in a restricted manner.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Primary Care Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEAP	Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIDAVI	Centro Universitário Para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL	13
2.1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	15
2.2 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	17
2.2.1 O ENCONTRO DA ATENÇÃO BÁSICA COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	19
2.3 INTERVENÇÕES E AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
2.3.1 ACOLHIMENTO	22
2.3.2 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)	23
2.3.3 REDUÇÃO DE DANOS	25
2.3.4 GRUPOS TERAPÊUTICOS	26
2.3.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES (PIC)	27
2.3.6 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	29
2.3.7 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS AVANÇADAS	30
2.4 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD ELIZABETH PEPLAU	32
3 METODOLOGIA	35
3.1 MODALIDADE E TIPO DE PESQUISA	35
3.2 LOCAL DE ESTUDO	36
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	36
3.4 ENTRADA NO CAMPO	37
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA	37
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	38
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	39
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA	39

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	40
4.1 CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	41
4.2 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS PELOS PROFISSIONAIS DO MUNICÍPIO	48
4.3 RECONHECIMENTO DOS PONTOS DA RAPS E INTERAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES	78
ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, também denominada de Atenção Primária à Saúde (APS), é caracterizada como o primeiro nível de atenção dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e é normalmente retratada pelos serviços ambulatoriais ordenados a suprir as necessidades mais frequentes de uma comunidade, atuando assim como uma porta de entrada resolutiva do Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTELA, 2017).

A saúde mental é compreendida como um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, podendo lidar com as tensões normais do dia a dia, sendo produtivo e capaz de dar uma contribuição para sua comunidade. Desse modo, evidencia-se que as questões que envolvem a saúde mental dos indivíduos emergem e refletem em suas ações como um ser componente de uma coletividade.

Por possibilitar que os profissionais de saúde estejam muito próximos ao cotidiano da população, a Atenção Básica se torna um ponto altamente estratégico ao prestar cuidados em saúde mental pois facilita o encontro frequente entre profissional-usuário, o conhecimento do perfil comunitário em que o paciente está inserido e o fortalecimento do vínculo, ou seja, implica em atos essenciais para a implementação de intervenções específicas voltadas a esse público (BRASIL, 2013).

O enfermeiro na atenção básica, geralmente, é o responsável pela organização, coordenação e supervisão das ações de saúde nas unidades. Sendo assim, é indispensável que o mesmo esteja atualizado em relação às práticas de saúde mental que possam estar sendo desenvolvidas nesse âmbito da atenção.

A necessidade de abordar o tema surgiu diante do aumento do número de pessoas com sofrimento psíquico e/ou diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira que versa sobre a importância de deslocar o paciente do hospital psiquiátrico para os demais pontos da rede de atenção à saúde, como as unidades básicas de saúde, tornando-o protagonista de seu processo de saúde-doença e integrando-o a sociedade.

A Atenção Básica é uma área voltada para práticas de ações individuais e coletivas, de base comunitária, cujo os principais objetivos assentam sobre a prevenção e promoção de saúde, sendo assim, possui um papel estratégico no cuidado quando o assunto é saúde mental, uma vez que as principais ações voltadas a esse campo partem da desconstrução da institucionalização e medicalização

excessiva, indo de encontro ao tratamento individualizado que visa o contexto comunitário de cada usuário.

Desse modo, este estudo traz como tema o envolvimento dos enfermeiros diante da inserção das ações de saúde mental na Atenção Básica de um município do Alto Vale do Itajaí.

Acredita-se que se há uma compreensão das ações de saúde mental e um comprometimento dos enfermeiros da atenção básica com o desenvolvimento dessas práticas em suas unidades de saúde, o atendimento prestado ao paciente em sofrimento psíquico ou com algum transtorno mental é ampliado. Diante desse pressuposto, buscou-se saber: qual o envolvimento dos enfermeiros frente ao processo de inserção das ações de saúde mental na atenção básica?

O objetivo geral deste estudo foi avaliar o envolvimento dos enfermeiros diante da inserção das ações de saúde mental na Atenção Básica. Tendo como objetivos específicos: analisar o conhecimento dos enfermeiros frente às ações de saúde mental desenvolvidas na APS; conhecer as práticas de saúde mental desempenhadas na Atenção Básica do município e; correlacionar as ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas com as orientações e recomendações do Caderno da Atenção Básica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta referenciais teóricos que abordam a trajetória da saúde mental desde a antiguidade até os dias atuais, a construção da atenção básica e suas articulações com a rede de atenção psicossocial e as intervenções e ações de saúde mental desenvolvidas dentro da esfera da atenção básica, além disso, buscou-se realizar uma discussão entre autores sobre os conceitos e a aplicação da teoria das relações interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau.

2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL

Na antiguidade os povos acreditavam que as doenças eram causadas por insatisfação das divindades ou deuses, porém as pessoas que possuíam algum transtorno mental eram consideradas divinas ou mensageiras, e algumas eram até mesmo veneradas devido a isso (SILVA, 2019).

Anos depois, Aristóteles (382-322 a.C.) buscou associar os transtornos mentais com os sintomas físicos, elaborando uma hipótese de que eles estariam relacionados a quantidade de sangue, água, bile amarela e negra no corpo, e que essas substâncias eram responsáveis por dominar as emoções. Desse modo, os tratamentos para essas pessoas eram realizados por meio de sangrias e purgações, esses tratamentos perduraram por alguns séculos (VIDEBECK, 2015).

Durante a idade média, os loucos eram, comumente, abandonados em lugares desérticos, levados em navios ou retiros para que fossem afastados da sociedade ou morressem sozinhos. Havia também aqueles que discordavam dessas práticas e viam a loucura como algo, apenas, excêntrico. A Igreja, nessa época, via os loucos como o resultado do pecado cometido pelos homens (BATISTELA; GARCIA; OLIVEIRA, 2020).

Entre os séculos XVII e XVIII surgem os primeiros capítulos na história em que há uma abordagem voltada para a busca em prol da cura definitiva da insanidade, nesse período os loucos eram responsabilizados pela desordem social, emergindo, assim, a necessidade de desenvolverem um sistema manicomial para asilar esses indivíduos da sociedade, esse modelo de “tratamento” persistiu por longos anos (BATISTA, 2018).

Na década de 1790 houve uma manifestação favorável em relação às pessoas com doenças mentais. Phillippe Pinel, na França, e William Tukes, na Inglaterra, desenvolveram o conceito de asilo como um abrigo seguro que ofertava proteção, destronando as antigas instituições onde os indivíduos eram mantidos acorrentados ou algemados apenas por estarem mentalmente doentes. Nessa época deu-se início ao tratamento moral da pessoa com transtornos mentais (VIDEBECK, 2015).

A institucionalização do louco se concretiza a partir do primeiro hospital organizado pelo médico enciclopedista, filósofo e naturalista francês Philippe Pinel, que utilizou os princípios do isolamento e do afastamento, tornando o hospital um lugar de exame, um laboratório que permitia a classificação da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p.19).

Esse período foi curto, aproximadamente um século, pois as famílias dos pacientes começaram a denunciar os funcionários por abusos aos residentes e a localização onde os hospitais estavam edificadas era, geralmente, de difícil acesso em meio a áreas rurais, mantendo o isolamento e exclusão social da pessoa com transtorno mental (VIDEBECK, 2015).

Com o avanço as críticas ao modelo pineliano, e o início das pesquisas sobre o cérebro humano no final do século XVIII, os estudos e tratamentos dos transtornos mentais começaram a ser abordados com maior discernimento, um dos maiores contribuidores para essa nova visão sobre os transtornos mentais foi Sigmund Freud. Freud, através de seus estudos sobre psicanálise, passou a fazer com que a sociedade visse esses indivíduos de modo objetivo, por meio dos seus conceitos do aparelho psíquico formado pelo id, ego e superego (SILVA, 2019).

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, na segunda metade do século XX, a forma de olhar para os transtornos mentais foi impulsionada por grandes avanços e diversos modelos terapêuticos foram sendo instituídos, de todos esses modelos, apenas um conseguiu superar a lógica manicomial da época. Elaborado por Franco Basaglio, o método conhecido por “psiquiatria democrática” foi instaurado primeiramente no norte da Itália, sendo fundamentado em uma rede de cuidados diários, fora dos manicômios, aos enfermos considerando-os como cidadãos e assentindo que os mesmos possuíam uma doença a ser tratada (BATISTA, 2018).

Esse movimento revolucionário de Basaglia ocorreu durante a década de 70, e foi visto como um marco na história da saúde mental a nível mundial, tendo

influenciado a construção e consolidação de políticas públicas direcionadas a essa área em muitas partes do mundo, inclusive no Brasil (MARTINS, 2019).

2.1.1 A reforma psiquiátrica brasileira

Para dar início a reforma psiquiátrica no contexto nacional, o Brasil seguiu os passos das mudanças que estavam ocorrendo na Itália, defendendo a ideia da troca das internações em leitos psiquiátricos por serviços de base comunitária, com o objetivo de reinserir os indivíduos com transtornos mentais em todos os domínios da sociedade, porém essa caminhada foi árdua para o povo brasileiro (OZAWA, 2018).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é recente e emerge junto ao movimento sanitário, nos anos 70, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Esse movimento reivindicava aumento de salários, diminuição do número de consultas por turno de trabalho, fazia críticas ao uso do eletrochoque, exigia melhores subsídios para ofertar assistência à população e defendia a humanização dos serviços (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

O MTSM influenciou fortemente na criação da Lei Federal 10.216 que abordava a desativação das instituições de modelo asilar e defendia os direitos dos usuários com transtornos psíquicos (BATISTA, 2018).

Após anos de luta e movimentos, ocorreu a aprovação da Lei n. 10.216/2001 da reforma psiquiátrica, também conhecida como Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que visa sobre “[...] a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, foi garantida a progressiva extinção dos manicômios e sua substituição por outras soluções assistenciais, ultrapassando o modelo hospitalocêntrico.” (DEL'OLMO; CERVI, 2017, p.213).

A proposta dessa Lei, se deu através do deputado Paulo Delgado, durante a sua formulação era defendido que os hospitais psiquiátricos fossem extintos, porém quando foi aprovada recebeu algumas alterações, como a progressiva extinção e a substituição dos serviços hospitalares por outros que proporcionassem a cidadania dos sujeitos (BATISTA, 2018).

O movimento da reforma psiquiátrica foi assentado em resgatar o exercício da cidadania do usuário e superar um modelo que gerou exclusão por muito tempo. As novas modalidades de cuidado partiam de bases comunitárias, como os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Ao mesmo tempo em que o serviço em saúde mental sofria essas alterações ocorria, também, a implementação do SUS fundamentada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Nos anos seguintes, após uma série de processos envolvendo os níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa portaria conjectura a instituição, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais ou com necessidades devido ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011a).

Dentro desta Portaria, ainda, são descritos todos os pontos que compõem essa Rede em seus diferentes níveis de atenção. Os pontos da Atenção Básica em Saúde, interligados a RAPS são: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura (OLIVEIRA, 2021).

Nos últimos anos, mais especificamente no ano de 2019, ocorreu a publicação da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, influenciada por um conjunto de documentos normativos anteriores. A nova PSNM, traz consigo o aumento de verba para internações em hospitais gerais, incentivo à ampliação do tempo de internação e da criação de residências terapêuticas, além de apontar a separação entre a política de álcool e outras drogas da PSNM, passando a denominá-la de “Política Nacional sobre Drogas”, apoiando ideais proibicionistas e punitivistas a esses usuários (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Diversos conselhos, inclusive o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), repudiaram essa nota técnica afirmando que em diversos momentos a mesma vai contra ao que vem sendo lutado por anos dentro da área de Saúde Mental. Alguns chegam a descrever esse documento como a “contrarreforma psiquiátrica”, alegando a preocupação quanto ao desmonte das práticas positivas que estavam ocorrendo, ainda que lentamente, nesse campo da saúde (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

2.2 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

As primeiras estratégias voltadas para a Atenção Primária à Saúde, também denominada de Atenção Básica, endossadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foram expostas e discutidas na Conferência de Alma Ata em 1978, elas tinham como objetivo levar a saúde de forma universal a todas as famílias e comunidades, e seu cuidado deveria ser focado no indivíduo e não na doença (GUSSO, 2020).

A partir daí diversas outras conferências, como 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá e, a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, concretizada na Austrália, reforçaram a importância da elaboração de políticas públicas direcionadas para um modelo de atenção primária à saúde. No Brasil, a efetivação da implementação da APS ocorreu concomitantemente à concretização da implantação do SUS no país (GALINDO; CAMARGO; BORGES, 2017).

O processo de implantação do SUS na década de 1980, na esteira do movimento pela redemocratização do país, alavancou as esperanças e expectativas da população brasileira de que a saúde, efetivamente, se constituiria como direito de todos e dever do Estado. Isso porque o caráter excludente e desigual do modelo de organização social no Brasil estava claramente explícito no setor de saúde, dada a segregação de grandes contingentes populacionais do acesso aos serviços e ações coletivas de promoção da saúde e de prevenção de agravos, bem como de caráter assistencial (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2017, p.3).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, dispõe a respeito das “[...] condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”. Essa lei foi essencial para a instituição dos níveis de atenção à saúde em território nacional, inclusive para a atenção básica (BRASIL, 1990, p.1).

A primeira iniciativa com fundamentos na atenção básica que teve sucesso no Brasil foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no final da década de 80. O PACS funcionava por meio de visitas domiciliares onde os profissionais realizavam orientações às pessoas influentes dentro de uma comunidade e estas repassam as informações aos demais moradores da mesma. Essas experiências começaram a ocorrer nas regiões Norte e Nordeste do país, pois eram regiões que registraram o maior percentual de pobreza, fazendo com que as populações

estivessem mais expostas ao risco de adoecimento e morte precoce (GALINDO; CAMARGO; BORGES, 2017).

O PACS foi a iniciativa que deu origem ao Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF tinha como meta organizar e dinamizar a forma com a qual a assistência é ofertada à população. Com isso seria possível produzir uma nova dinâmica de atuação para aumento do acesso da população à demanda de assistência, firmando a consolidação do SUS (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2017; GALINDO; CAMARGO; BORGES, 2017).

No ano de 2006, o PSF passa a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), além disso, ocorre uma série de ações relevantes, como a regulamentação profissional dos agentes comunitários de saúde; a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A PNAB aprovada em 23 de março de 2006, veio com o propósito de estabelecer diretrizes e normas para o funcionamento e organização da Atenção Básica direcionadas aos programas do PSF e do PACS. Dentro desta política encontram-se as responsabilidades de cada esfera do governo, os princípios gerais da ESF, as atribuições de cada profissional dentro da APS e como ocorrerá o financiamento desse nível de atenção (BRASIL, 2006).

Desde que foi implementada a PNAB já passou por duas revisões, em 2011 e 2017, sendo influenciadas tanto pelo contexto socioeconômico vigente durante as suas reavaliações quanto pelos distintos governos que se encontravam no poder (GOMEZ; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Um estudo comparativo realizado entre as últimas revisões da PNAB apontou as principais continuidades, discontinuidades e agregações ocorridas na última revisão. Dentre as principais continuidades observa-se: o incentivo à ESF como modalidade prioritária da APS; a conservação dos princípios e diretrizes do SUS; e em sua grande maioria, manteve-se as responsabilidades de cada esfera do governo. Quanto às discontinuidades, apresentam-se: ausência da definição do número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); menor ênfase na educação permanente; e a falta nas especificações do programa saúde na escola. As principais agregações são: alterações no NASF; e a figura do gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) e suas atribuições (MELO *et al.*, 2018).

Porém, em suma, a Atenção Básica continua sendo definida como um nível de atenção encarregado por um grupo de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que trabalha com a promoção e a proteção da saúde, a prevenção e o agravamento de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, as práticas de redução de danos e a manutenção da saúde objetivando a elaboração de uma atenção integral que atinja a situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde comunitários (BRASIL, 2017).

2.2.1 O encontro da Atenção Básica com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A rede de atenção psicossocial foi instituída no âmbito do SUS em 23 de dezembro de 2011 por meio da Portaria nº 3.088, sendo direcionada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2011a).

A RAPS é compreendida como uma articulação entre uma série de unidades, que por meio da troca de informações prestam um serviço fortalecido ao usuário em sofrimento psíquico. Essa rede existe com a finalidade da reorganização da assistência após a reforma psiquiátrica, apoiada no respeito aos direitos humanos de modo a garantir autonomia e liberdade dos usuários, conforme os preceitos do SUS (BARBOSA *et al.*, 2017; NÓBREGA *et al.*, 2017).

A proposta organizacional da RAPS engloba serviços de diversos níveis de atenção, sendo eles:

[...] Atenção Primária à Saúde (APS), na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; Atenção Especializada, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil - definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar, que é composta por leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência; Estratégias de Desinstitucionalização como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa; e Reabilitação Psicossocial através de empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (LIMA; GUIMARÃES, p. 2, 2019).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os pontos estratégicos para a reorganização das práticas em saúde mental e a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, eles estão em posicionamento central na articulação com os pontos da RAPS, principalmente com a Atenção Básica através do apoio matricial e do compartilhamento de ações territoriais com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MORAIS *et al.*, 2021).

Em municípios onde existe CAPS, esse serviço é, geralmente, procurado para atender a indivíduos com transtornos mentais graves, pois a capacidade de atendimento é pequena comparada a outros serviços de saúde da Atenção Básica. Nesses municípios a ESF fica responsável pelo atendimento de pessoas em sofrimento mental como irritabilidade, preocupações, sintomas depressivos e de ansiedade, realizando encaminhamentos ao CAPS apenas em agravamento dos casos (BARBOSA *et al.*, 2017).

Quanto aos pontos da APS que prestam atenção em Saúde Mental, as UBS, locais onde estão alojadas as ESF, têm a responsabilidade de elaborar e efetuar ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, bem como ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, compartilhando, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. O NASF, associado à UBS, consiste em um grupo com profissionais de diversas áreas que devem atuar de forma integrada e amparar as equipes de saúde da família através do apoio matricial (BRASIL, 2011a).

O NASF foi criado com o objetivo de aumentar a abrangência e o propósito das ações e intervenções da atenção básica, bem como sua resolutividade, dando suporte a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2014). Em 2017, com a atualização da PNAB, o NASF passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o objetivo de ofertar o suporte a todos os pontos da APS, e não apenas as ESF (BRASIL, 2017).

No entanto, as equipes do NASF-AB sofreram alterações recentemente, de acordo com a nota técnica nº 3/2020 do MS, onde institui-se que a composição das equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada ao NASF-AB. Ficando sob decisão dos gestores municipais a escolha dos profissionais que irão compor essa equipe, bem como a carga horária e seu modo de atuação. Os profissionais que ainda estavam cadastrados como NASF poderão ser mantidos ou apenas recadastrados no

estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe (BRASIL, 2020).

Ainda fazem parte da APS, as Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, compreendendo: a Equipe de Consultório na Rua, que ofertam ações e cuidados a população em situação de rua e, a equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, oferecendo suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, bem como articulando esses cuidados com os outros pontos da rede. Por fim, tem-se o Centro de Convivência, onde são ofertadas ações de sociabilidade e produção de intervenções voltadas à cultura (BRASIL, 2011a).

Os profissionais que atuam na ESF, muitas vezes, têm dificuldade em lidar com as demandas de Saúde Mental, porém a ESF tem plenas condições de desenvolver práticas e ofertar cuidados aos usuários que possuem essa demanda. Devido a sua ação comunitária e maior proximidade com a família e as comunidades, as equipes tornam-se um serviço fundamental para a integração entre o portador de transtorno mental e o coletivo, atendendo os usuários em todos os seus aspectos e assegurando o exercício pleno, e possível, de sua cidadania (LAMB *et al.*, 2021; BARBOSA *et al.*, 2017).

Apesar de ser muito bem elaborada em teoria, essa rede possui algumas fragilidades na sua instituição. O cuidado em Saúde Mental continua enfrentando uma série de obstáculos que dificultam a sua solidificação como: as dificuldades de alguns serviços em atender as demandas dos usuários; a vagarosa inserção da saúde mental na APS; e o distanciamento de atividades inclusivas (NÓBREGA *et al.*, 2017).

2.3 INTERVENÇÕES E AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

É impossível desvincular a atenção básica e a saúde mental, pois ambas surgem da redemocratização, com os movimentos revolucionários da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, onde os brasileiros lutaram para assegurar seus direitos à saúde (BRASIL, 2013).

Os transtornos mentais comuns fazem parte de uma demanda constante para as Estratégias de Saúde da Família, por conta disso deve-se priorizar ações voltadas para a área de saúde mental nesse eixo (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020).

As práticas em saúde mental devem objetivar novas possibilidades de transformar e melhorar as condições de saúde dos indivíduos, aumentando sua produtividade de vida e não sendo restrita à cura de doenças (BRASIL, 2013).

As propostas de intervenção em saúde mental que podem ser desenvolvidas pelas equipes de ESF englobam: o acolhimento humanizado; o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), focado em saúde mental; a instituição das práticas de redução de danos; as ações de prevenção à violência e promoção à saúde mental das crianças e adolescentes; o desenvolvimento de grupos terapêuticos; a articulação com os demais pontos da RAPS; a inclusão das práticas alternativas complementares (PIC); e as ações psicossociais avançadas. (BRASIL, 2013).

Para que os profissionais atuantes na APS realizem todas essas ações é necessário que: haja condições de trabalho apropriadas para as mesmas, como estrutura adequada para realização de discussões e grupos terapêuticos; integração hábil com os pontos da RAPS, principalmente por meio do apoio matricial e; que os mesmos vejam e busquem compreender os usuários em suas múltiplas dimensões (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020).

2.3.1 Acolhimento

O acolhimento proporciona melhor relação entre as pessoas e os ambientes de saúde que as mesmas ocupam, na expectativa de ofertar maior bem-estar às coletividades. Receber um atendimento acolhedor, livre de qualquer forma de discriminação, restrição ou negação independentemente de sua idade, sexo, etnia, orientação sexual, patologia ou transtornos é um direito de todo cidadão (SANTOS *et al.*, 2018).

É por meio da escuta qualificada, atenta às necessidades dos usuários, que se garante o atendimento adequado aos mesmos, aumentando a efetividade das demais ações em saúde. O acolhimento, incorporando essa escuta, permite que os clientes sejam atendidos por meio da avaliação de risco, vulnerabilidade e gravidade dos casos (BRASIL, 2013).

A prática do acolhimento deve ocorrer a todos os usuários, pois é preconizada pela Política Nacional da Humanização do SUS, porém os profissionais devem estar mais sensíveis aos pacientes em sofrimento psíquico para assimilação das suas situações e condução adequada do tratamento (SILVA *et al.*, 2019a).

O acolhimento pode ser percebido como uma postura que parte do profissional da saúde, através de suas atitudes, no momento em que ele recebe o usuário no seu local de serviço. Escutar as suas demandas, tratar o cliente dignamente, sem nenhum tipo de discriminação, e ofertar soluções ou alternativas aos problemas demandados, pautadas no respeito e na humanização, são ações que circundam o acolhimento (PINTO; SILVA; BENTO, 2021).

Em saúde mental, o acolhimento humanizado é de extrema importância para garantir e firmar o vínculo entre profissionais, gestores, usuários e seus familiares. Os pacientes em sofrimento ou transtornos mentais vivenciam preconceitos diariamente fazendo com que os mesmos se limitem no acesso aos espaços sociais. Realizar o acolhimento de forma eficiente faz com que usuário passe a se sentir seguro dentro do território ao qual pertence, minimizando esses sentimentos de exclusão social (SANTOS *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019a).

Através do desenvolvimento do vínculo, consolidado por meio do acolhimento qualificado, o usuário em sofrimento psíquico passa a enxergar a unidade de saúde como um local de apoio. Desta forma, esse conjunto de atitudes e práticas contribuem para a construção da autonomia do usuário, atendendo a responsabilização compartilhada e assentida entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (PINTO; SILVA; BENTO, 2021).

2.3.2 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS se caracteriza como uma potente estratégia na atenção em saúde mental, pois “[...] é personalizado, de forma ampla e suas ações não se restringem apenas ao atendimento de demandas relacionadas a problemas clínicos e de terapêuticas farmacológicas”. (BAPTISTA *et al.*, 2020, p.2).

Essa intervenção é dividida em 4 etapas bem consolidadas, sendo elas: diagnóstico e análise, onde ocorre a avaliação ampla do sujeito, considerando todas as suas dimensões; definição de ações e metas, onde os propósitos são categorizados

em curto, médio e longo prazo juntamente com o usuário e familiares; divisão de responsabilidades, etapa em que é decidido quais as tarefas cada membro da equipe de saúde irá desempenhar e selecionado o de maior vínculo com o paciente para ser o gestor do PTS; e reavaliação, momento em que acontece a discussão sobre a evolução do caso e os ajustes necessários (BRASIL, 2014).

Em cada etapa da construção do PTS, uma gama de condutas e ações pode ser necessária por parte dos profissionais que irão desenvolvê-lo. Na primeira etapa, o acolhimento e o vínculo são os passos essenciais para que ela ocorra de modo adequado. Além disso, as equipes devem fazer um levantamento sobre os recursos comunitários que podem oferecer ao(s) usuário(s), considerando a rede de forma ampliada (centros comunitários, escolas, igrejas, etc.) para poder incorporá-los a suas ações e possibilidades de abordagens no PTS (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Na fase de definição de metas, todas as necessidades e propósitos partem do indivíduo, com o auxílio da equipe multiprofissional no norteamento desses objetivos. A equipe de saúde deverá ser corresponsável com as metas e prazos acordados com o sujeito. Nessa etapa deve ser evidente as ações de articulações entre os pontos da rede, não devendo ficar restrita aos encaminhamentos a níveis especializados (MATOS; KAEFER; BITTENCOURT, 2018).

Em meio a divisão de responsabilidades, deve-se realizar a escolha do profissional de referência do PTS, é ele quem vai acompanhar de perto o desenvolvimento das metas pelo usuário, a prioridade para seleção desse profissional deve ser o vínculo com o sujeito. O profissional referência deve compartilhar as evoluções do PTS com o restante da equipe a cada reunião. Ele também é responsável pela discussão periódica da reavaliação do PTS com o paciente, última etapa dessa ferramenta, nesse momento são analisadas as dificuldades e a possibilidade de incorporar novas ações ao plano inicial (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Essa estratégia pondera as vulnerabilidades do sujeito, sejam elas no âmbito individual, coletivo, cultural ou econômico, admitindo o desenvolvimento de ações e programas que impactam no cuidado de determinada necessidade do usuário. Seu planejamento deve abranger ações que defendam a participação ativa do usuário e de sua família, ofertando maior autonomia, compartilhamento de informações e conhecimentos (DINIZ, 2017).

O PTS exhibe-se como uma estratégia fundamental na oferta de cuidados ao paciente em sofrimento mental na atenção básica, porém os profissionais da equipe

de saúde devem estar em contato constante com as equipes de apoio matricial e os demais pontos da rede para garantir a potencialidade dessa ferramenta (BRASIL, 2013).

2.3.3 Redução de Danos

Estima-se que 271 milhões de pessoas, em todo o mundo, utilizaram algum tipo de droga no ano de 2017, e que cerca de 35 milhões de indivíduos sofrem de algum transtorno decorrente do uso de drogas. A dependência de drogas é acentuada por conta do baixo desenvolvimento social e econômico dos países, além disso, o modelo tradicional de intervenção aos dependentes químicos, de isolamento e exclusão social, acabam aumentando ainda mais esses índices, pois reforça a reprodução de estigmas e marginalização dos indivíduos (UNODC, 2019; LIMA; OLIVEIRA; LIMA, 2019).

As estratégias de Redução de Danos (RD) são percebidas como a adoção de ações que acomodam condições para a atuação responsável do usuário e a sua autonomia de escolha através da flexibilização dos métodos, com o objetivo de atingir na prática o princípio de universalidade preconizado pelo SUS (FORTESKI; FARIA, 2013).

As intervenções de RD iniciaram-se nas Américas, na década de 80, e tinham como objetivo redução das taxas de HIV e envolviam a distribuição de preservativos e seringas para usuários de drogas injetáveis, uma vez que as taxas de HIV eram mais elevadas entre esse grupo. Após a epidemia da AIDS, as estratégias de RD passaram por reformulações, sendo utilizadas com outros grupos, como: moradores de rua, profissionais do sexo e usuários de crack, por exemplo (CÉZAR; OLIVEIRA, 2017).

Mundialmente, as práticas de RD incluem a distribuição de seringas, a estimulação dos testes rápidos para doenças transmissíveis, o tratamento das condições clínicas e o trabalho educativo, que foram iniciados em 1980, juntamente das terapias de substituição de substâncias, onde propõe-se a troca de uma substância que o paciente faz uso por outra que traga menores danos à saúde (CÉZAR; OLIVEIRA, 2017; FORTESKI; FARIA, 2013).

Em conformidade com o Ministério da Saúde, a estratégia de redução de danos atua por meio de tecnologias leves, tendo como centro de suas ações o acolhimento humanizado, a formação do vínculo e a confiança como modo de favorecimento à adesão do usuário (BRASIL, 2013).

Diante da estratégia de RD, torna-se evidente a necessidade de estabelecer-se interações de intersubjetividades, entre os sujeitos, que compreendam: escuta terapêutica, compartilhamento de necessidades, acolhimento, responsabilidades e respeito perante do cuidado a ser determinado em conjunto. Essas ações focam na singularidade e subjetividade do usuário e em seu território vivo e dinâmico (PEREIRA *et al.*, 2021).

Percebe-se que a instituição da estratégia de redução de danos engloba uma política que possui o desafio de prevenir, tratar e reabilitar o usuário de drogas como um problema de saúde pública, buscando retirar o estigma e preconceito trazido ao longo da história e ofertar uma melhora para as condições sanitárias dos indivíduos. Pode-se dizer que todas as ações, dentro da RD, objetivam ampliar a visão do usuário sob a sua situação e instigar reflexões para uma tomada de decisões mais eficaz (BRASIL, 2013; FORTESKI; FARIA, 2013).

Devido ao processo de demonização das drogas causado pelas alterações recentes na Política Nacional de Drogas, que fundamentalmente incitam uma guerra às drogas, trazendo a abstinência como a única via para os usuários de álcool ou outras substâncias psicoativas, a redução de danos acaba sendo ainda mais suprimida nos serviços de saúde. Porém, ressalta-se que a RD deve ir além de um conjunto de técnicas e se tornar uma postura ética e política embasada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e em evidências científicas (PEREIRA *et al.*, 2021).

2.3.4 Grupos Terapêuticos

No decorrer da história humana, observou-se que o objetivo da formação dos grupos entre os indivíduos sempre consistiu em manter uma relação psicológica entre si, cultivando novos modos de identificação (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

As equipes de saúde utilizam os grupos como um instrumento de cuidado, por meio deles é possível diminuir os sentimentos de afastamento social e solidão, uma vez que, os mesmos permitem a troca de experiências, vivências e reflexões aos

usuários e seus familiares. Nos grupos terapêuticos, devido às discussões dos problemas dos usuários entre si, ocorre o fortalecimento do vínculo e a sensação de pertencimento ao território onde os indivíduos vivem (DUARTE; GALUSCHKA, 2017).

Essa intervenção é extremamente benéfica para a APS, pois possibilita a otimização do processo de trabalho, já que amplia a capacidade de oferta assistencial bem como a qualidade do serviço oferecido ao paciente. Os principais pontos positivos dos grupos terapêuticos são o estabelecimento de identificações, a superação de conflitos e a estimulação à criação de novas relações. Sendo assim, tornam-se espaços importantes de apoio social e aprendizagem interpessoal (SILVEIRA *et al.*, 2017).

Os grupos terapêuticos para pacientes de saúde mental compõem uma das maiores potencialidades na atenção básica, pois eles constituem-se de intervenções psicossociais coletivas que são capazes de trazer benefícios tanto para os usuários quanto para os profissionais envolvidos. Essas práticas influenciam na diminuição das demandas por atendimentos individualizados e criam um meio que permite a identificação de questões específicas, possibilitando a formulação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, que não seriam possíveis através de consultas individuais (BRUNOZI *et al.*, 2019).

2.3.5 Práticas Integrativas Complementares (PIC)

As Práticas Integrativas Complementares (PIC) compõem um campo de atenção em saúde que une as racionalidades médicas vitalistas e práticas terapêuticas ditas como integrativas e complementares em saúde, também denominadas, pela OMS, de Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa. Essas práticas objetivam instigar mecanismos naturais de prevenção e recuperação de saúde, remodelando a oferta terapêutica disponível aos usuários no SUS (LOSSO; FREITAS, 2017).

O crescimento das PIC, a nível mundial, ocorreu devido ao aumento do número de pessoas com doenças crônicas associado ao alto custo nos serviços de saúde e a insatisfação dos usuários pela qualidade do serviço ofertado nos diferentes níveis de atenção. A instituição das PIC é uma estratégia amparada pela OMS, na defesa de

uma coexistência de diferentes racionalidades na sociedade atual (ARAGÃO; SILVA, 2021).

As Práticas Integrativas Complementares incentivadas pela PNPIC, principalmente na Atenção Básica, são um conjunto de ações que “[...] abrangem sistemas e recursos que valorizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico, e a integração do ser humano com o meio em que vive.” (CARVALHO; NOBREGA, 2017, p.2).

Segundo o Ministério da Saúde, as ações das PIC são transversais nos múltiplos pontos de atenção, mas efetivam-se de modo prioritário na APS, pois, em geral, utilizam tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica (BRASIL, 2013).

Atualmente, dentro da PNPIC, são reconhecidas 29 diferentes práticas integrativas complementares, estando todas elas disponíveis pelo SUS em seus diferentes níveis de atenção à saúde. As práticas de maior destaque são as que contemplam a Medicina Tradicional Chinesa (MTC); como a acupuntura e a auriculoterapia; a fitoterapia; e a homeopatia (ARAGÃO; SILVA, 2021).

Para compreender melhor a atuação das PIC, consideramos a MTC que trabalha com os conceitos de dualidade do Yin (frio, interior, recolhimento) e Yang (calor, exterior, expansão), onde um complementa o outro e existe em cada ser, esses conceitos são atribuídos às características e essências do comportamento humano. Outro fundamento para a MTC é a teoria dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal e água), em que cada um deles influencia na relação entre o yin e yang dos indivíduos e interfere na mente e no corpo dos mesmos (ARAÚJO, 2021).

Na MTC, tudo que gira em torno da saúde do usuário é visto como “opostos complementares” e seu modo de ação objetiva equilibrar essa dualidade, os elementos utilizados nessa prática são: a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua. Na efetivação dos cuidados, seja por meio da acupuntura ou das práticas corporais, como o Tai Chi Chuan, a promoção e a recuperação da saúde dos indivíduos é o propósito dessa prática alternativa (MIRANDA; VIEIRA, 2021).

O trabalho com as práticas da MTC é condizente com a atuação em saúde mental, pois exige uma escuta acolhedora e a construção do vínculo com os usuários na busca dos pontos em desequilíbrio entre os elementos. Enquanto o terapeuta guia o paciente durante a anamnese, ele promove uma reflexão do mesmo sobre o seu

estado de saúde, dando resolutividade para algumas de suas dúvidas e amenizando seus anseios (ARAÚJO, 2021).

Enfim, é nítida a relação entre os objetivos das PIC com o cuidado qualificado em saúde mental na APS, uma vez que, tanto a MTC quanto às demais intervenções buscam abordar o usuário em seu contexto social, atuando de forma integral, dando protagonismo ao mesmo e o aproximando da família e da comunidade (CARVALHO; NOBREGA, 2017).

2.3.6 Ações de saúde mental para Crianças e Adolescentes

Em nosso país, o reconhecimento por parte do governo de que as práticas de Saúde Mental, voltadas para a criança e ao adolescente, são questões de saúde pública é algo recente, dado o fato de que as poucas ações que vinham sendo desenvolvidas para esse público ficavam sob responsabilidade única dos setores de educação e assistência social (SINIBALDI, 2013).

Embora na última década as articulações entre as ações de Saúde Mental e a esfera da atenção básica tenham ganhado força, existem vários obstáculos para a efetivação dessas práticas como, por exemplo, o estigma em relação aos usuários com transtornos mentais e a falta de proximidade dos profissionais de saúde com o tema. Na área da saúde mental infantojuvenil, além da estigmatização inclui-se a marginalização que esse público sofreu ao longo da história, em relação a produção de saúde coletiva voltada para o mesmo (LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020; SILVA *et al.*, 2019b).

Apesar disso, seguindo a política atual psicossocial brasileira, é entendido que a saúde perpassa pela produção da saúde mental, ou seja, se uma criança ou adolescente apresentar sofrimento psíquico a avaliação do mesmo deverá ocorrer de forma ampla e integral. O profissional de saúde deve considerá-los como sujeitos e validar suas percepções, porém deve dar importância, também, ao contexto familiar, comunitário ou escolar onde eles estão inseridos (SILVA *et al.*, 2019b; BRASIL, 2013).

A atenção básica, essencialmente, é um ponto estratégico para abordar as questões de saúde mental envolvendo o público infantojuvenil, porém ela deve se articular com outros pontos da rede pública para obter resultados mais satisfatórios, seja na discussão de casos com os campos da educação e assistência social, seja

nas questões de consultorias e encaminhamentos para o CAPS ou demais especialistas. As análises dos casos devem percorrer tanto os fatores protetivos quanto os de risco que envolvem esses jovens, contemplando os domínios biológicos e psicológicos dos mesmos (SINIBALDI, 2013).

Conforme o MS, outro ponto extremamente relevante é trabalhar ações de promoção e prevenção de saúde mental com crianças e adolescentes. Para efetuar essas práticas é necessário, novamente, agir em conjunto com pontos onde esses grupos estão inseridos com frequência, como as escolas, por exemplo, pois entende-se que as mesmas têm potencial para atuar como um ponto de saúde ampliado, porém não deve limitar-se apenas a esse local (BRASIL, 2013).

2.3.7 Intervenções Psicossociais Avançadas

As principais intervenções psicossociais avançadas que podem ser utilizadas pelos profissionais da atenção básica são: reatribuição dos sintomas somáticos, terapia comunitária, mediação de conflitos e a terapia interpessoal breve (BRASIL, 2013).

Muitos pacientes chegam com sintomas físicos que não possuem uma explicação médica, nesses casos a reatribuição dos sintomas somáticos é uma intervenção útil para os trabalhadores da atenção básica. Esse processo constitui-se em criar conexões entre as queixas somáticas e o sofrimento psíquico, por exemplo, observa-se que próximo a datas comemorativas o usuário sente um aumento dos seus sintomas, realizar essa associação é importante para o paciente, pois ele passa a apontar diretamente a causa da sua queixa e tem uma sensação de controle sobre a mesma (NAGEM; NEGOZIO, 2021).

A ação de reatribuir o sentido do sintoma ao sofrimento configura-se como o primeiro passo a ser seguido no tratamento psicossocial que pode ser ofertado nos serviços da Atenção Básica a pacientes com essas queixas. Essa intervenção compreende um processo de quatro etapas (BRASIL, 2013).

As etapas da terapia de reatribuição são: 1) Sentindo-se compreendido (fazer anamnese ampliada e exame físico focado na queixa, com valorização das crenças da pessoa); 2) Ampliando a agenda: dar feedback à pessoa, com recodificação dos sintomas e vinculação destes com eventos vitais e/ou psicológicos; 3) Fazendo o vínculo (construir modelos explicativos que façam

sentido para a pessoa); 4) Negociando o tratamento (pactuar, em conjunto com a pessoa, um projeto terapêutico ampliado) (BARBOSA, p. 59, 2017).

Outra alternativa de intervenção avançada é a terapia comunitária, esse dispositivo tem como objetivo a troca de saberes e experiências entre os indivíduos da comunidade. Podem participar dos encontros indivíduos portadores ou não de sofrimento e/ou patologia psíquica e/ou orgânica. Essa ação deve ser realizada por um ou dois terapeutas com formação comunitária (BRASIL, 2013).

A terapia comunitária é dividida em seis momentos, sendo eles: acolhimento, onde ocorre a apresentação individual e das cinco regras; escolha do tema, onde os indivíduos expõe os temas que gostariam de falar e a seleção do tema do dia; contextualização, momento em que o participante, com o tema selecionado, conta sua história e o grupo faz questionamentos; problematização, onde a reflexão do dia é jogada para o grupo; conotação positiva, nessa etapa cada integrante apresenta o que mais o tocou em relação às histórias do dia; e avaliação, desenvolvida pelos terapeutas comunitários (BRASIL, 2011b).

A mediação de conflitos é uma técnica eficaz, porém recente, ainda, no Brasil. Ela consiste em efetuar reuniões com participação de familiares e outras pessoas envolvidas no cuidado de um indivíduo, podendo ser geridas por profissionais da saúde de diversas áreas, se houver capacitação para tal. Essa ação possui a finalidade de apontar os papéis de cada indivíduo na rede de apoio do usuário, identificar as dificuldades apontadas pelos envolvidos e organizar compromissos de cuidado (MATOS *et al.*, 2021).

Na atenção básica essa abordagem é eficaz devido à proximidade dos profissionais com as famílias em seus territórios. O profissional deverá atuar como mediador, e sua função principal é a de escuta. Ele deve ouvir e promover a escuta entre os membros do grupo, fazendo com que haja uma reflexão entre eles, para que assim busquem uma reavaliação de suas posições e consigam atingir o entendimento e a resolução de suas situações (BRASIL, 2013).

A Terapia Interpessoal Breve fundamenta-se em um modelo biopsicossocial para o entendimento do sofrimento emocional. O modo de agir do usuário é produto da interação da sua personalidade, seu temperamento e seus atributos de apego e vínculo estruturados nas questões genéticas e biológicas, agindo em conjunto na interação com o meio sociocultural e comunitário (BRASIL, 2011b).

Essa terapia é muito empregada com usuários de álcool ou outras drogas e consiste em um encontro, de aproximadamente 30 minutos, com as fases de: identificação e dimensionamento dos problemas e riscos, normalmente emprega-se um instrumento validado para esse rastreio, como o Audit; e oferecimento de aconselhamento, orientação e, em alguns casos, supervisão constante do sucesso em alcançar as metas adotadas pela pessoa (BRASIL, 2013).

É importante que os profissionais da atenção básica reconheçam e utilizem as intervenções psicossociais avançadas para atuação com a demanda de saúde mental, uma vez que o conjunto dessas ações contempla diversas, se não todas, as instâncias do usuário em sofrimento (BARBOSA, 2017).

2.4 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD ELIZABETH PEPLAU

Hildegard Elizabeth Peplau nasceu em 1909 e vivenciou, ainda durante a infância, a epidemia da gripe de 1918, isso fez com que ela entendesse o impacto da doença e os significados da morte para as famílias. Anos mais tarde, em 1931, se formou em enfermagem na escola de Enfermagem da Pensilvânia e logo iniciou seu trabalho como enfermeira (BRAGA; SILVA, 2011).

Desde então, Peplau dedicou-se à enfermagem, principalmente nos âmbitos de saúde mental e psiquiatria. Em 1943, graduou-se em Psicologia Interpessoal, tendo como mestre Harry Sullivan, autor responsável pela Teoria Interpessoal em Psiquiatria, obra que serviu como base para o desenvolvimento da sua teoria de enfermagem. Hildegard recebeu o título de mestre e doutora no Teacher's College da Universidade de Columbia, nos EUA, local em que era diretora e instrutora do programa avançado de enfermagem psiquiátrica de 1947 a 1953, período este em que elaborou sua teoria (FUKUDA; STEFANELLI; ARANTES, 2017).

Entre 1954 a 1974, a doutora atuou como professora na Faculdade de Enfermagem de Rutgers e desenvolveu, ali, o primeiro programa de pós-graduação em enfermagem psiquiátrica, revolucionando tanto a forma de cuidar dos pacientes quanto o modo com o qual as enfermeiras eram vistas na época (BRAGA; SILVA, 2011).

Hildegard Peplau fez parte de diversas organizações importantes, inclusive participou da OMS como orientadora. Mesmo após a sua aposentadoria, ela continuou como mentora de várias enfermeiras em diversos países. Ao longo da vida recebeu várias honrarias, dentre elas a de mais alto grau para enfermeiras, o prêmio Christianne Reimann no International Council of Nurses Quadrennial Congress no ano de 1997 (PEDEN *et al.*, 2010).

A doutora faleceu em 17 de março de 1999, deixando um grandioso legado em enfermagem, chegando a ser considerada a enfermeira do século e conhecida, na área de psiquiatria, como a mãe da enfermagem psiquiátrica. A teoria do relacionamento interpessoal na enfermagem, publicada por Peplau no ano de 1952, tem como pressuposto o privilégio ao relacionamento enfermeiro/paciente, fazendo com que os dois participem do processo saúde-doença, pois destaca-se que essa influência mútua é a base para a formulação de ações educativas em saúde, fazendo com que o paciente se torne mais aberto para aquilo que é discutido e absorva as informações de modo efetivo (BRAGA; SILVA, 2011).

Um dos principais componentes da teoria de Peplau está centrado no processo interpessoal:

Peplau define também os conceitos estruturais do processo interpessoal, constituído por quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, que se sobrepõem, inter-relacionam-se e variam quanto à duração, à medida que o problema evolui para uma resolução (FRANZOI *et al.*, 2016, p.3656).

Na fase de orientação, o paciente e o enfermeiro se encontram pela primeira vez, ambos são estranhos um para o outro, nessa fase faz-se necessário a criação do vínculo para que o paciente se sinta à vontade para expor o que está acontecendo. Essa etapa do processo atua como uma fase de apoio ao paciente, devendo-se considerar todos os aspectos do mesmo, como os valores, experiências anteriores e expectativas, e o enfermeiro deve entender que os seus sentimentos e vivências, como profissional, também irão impactar na direção do cuidado a esse usuário, uma vez que ambos interagem terapêuticamente (PEPLAU, 1988).

A fase de identificação é onde o paciente já tem consciência dos seus problemas e passa a identificar quem pode ajudá-lo, a enfermeira fará com que o usuário explore seus sentimentos e auxiliará na resolução de seus problemas. O paciente poderá responder de três formas: ser participativo, atuando de forma

interdependente à enfermeira; ser autônomo e totalmente independente da profissional ou; se mostra passivo e dependente da enfermeira (FRANZOI *et al.*, 2017).

A etapa de exploração ocorre quando o paciente reconhece amplamente as possibilidades que o serviço oferece, durante essa fase é possível que desponham dúvidas entre o estado de dependência e independência. Nesse momento, a enfermeira dá início, juntamente ao paciente, a novos objetivos, incluindo a volta para casa, a (re)inserção à comunidade e ao trabalho (FUKUDA; STEFANELLI; ARANTES, 2017).

A última fase do processo, denominada de resolução, é onde acontece o reconhecimento de que as necessidades do paciente foram supridas pelas fases anteriores. Nessa fase ocorre o abandono de laços adquiridos com o enfermeiro no âmbito hospitalar, sendo o mesmo encaminhado para acompanhamento com as enfermeiras de saúde pública e assistência social. Essa dissolução de laços deve acontecer de forma gradual, e não abrupta, fortalecendo o paciente para que o mesmo caminhe mais ou menos sozinho. A etapa de resolução compreende o fenômeno psicológico, já que muitos pacientes ainda continuarão a fazer uso de medicações e retornaram ao hospital para eventuais consultas (PEPLAU, 1988).

Entre as fases do processo interpessoal, o enfermeiro vai assumindo papéis diferenciados, que também foram descritos por Peplau em sua teoria, sendo eles: o de estranho, de especialista, de liderança, de substituto e o papel de orientador (BRAGA; SILVA, 2011).

No papel de estranho, o enfermeiro deve acolher o paciente da forma que o mesmo se apresenta, considerando que o usuário está em condições para se relacionar até que se prove o contrário, esse papel é assumido no primeiro encontro com o indivíduo (FRANZOI *et al.*, 2016).

O papel de pessoa de recurso, também conhecido por papel de especialista, é assumido para sanar as dúvidas do usuário, fornecendo informações a respeito das condições de saúde e tratamento que está em seguimento. O enfermeiro pode aproveitar esse momento para realizar um aprendizado construtivo com o paciente, dizendo ao mesmo como tal processo ocorre, demonstrando na prática, solicitando que o mesmo o faça por si só e realizando uma avaliação no final da ação em conjunto com o indivíduo (PEPLAU, 1988).

O papel de liderança deve ser realizado de forma democrática, pois dessa forma o paciente se sente encorajado a realizar o tratamento, o enfermeiro pode perceber como o usuário é afetado pelas ações que estão sendo desenvolvidas e estimar a ampliação do relacionamento interpessoal (BRAGA; SILVA, 2011).

O papel de substituto, ou pessoa significativa, é caracterizado no momento em que o paciente percebe a enfermeira como a figura de uma pessoa importante de sua vida, como a mãe ou algum outro ente querido, e não como profissional. Nessa ocasião a profissional deve auxiliar o paciente a reconhecer as semelhanças e diferenças entre a pessoa e ela mesma, é importante deixar isso claro por meio de estratégias de comunicação interpessoal (FUKUDA; STEFANELLI; ARANTES, 2017).

O papel de conselheiro foi adicionado por Peplau devido a necessidade de estimular o autoconhecimento e o autocuidado aos pacientes. O propósito do enfermeiro, ao assumir esse papel, é ajudar o usuário a se tornar ciente das condições necessárias para a saúde, ofertando essas condições, e sempre que possível, ajudando-o a identificar ameaças à saúde, através da relação interpessoal firmada com o mesmo (PEPLAU, 1988).

A teoria do relacionamento interpessoal foi sofrendo modificações pela própria autora ao longo dos anos, com o movimento de desinstitucionalização Peplau passa a endossar a necessidade da criação de planos estratégicos que envolvam mais a família e a comunidade (FUKUDA; STEFANELLI; ARANTES, 2017).

Essa teoria de enfermagem revolucionou o modo de cuidar tanto em enfermagem psiquiátrica quanto nos demais modelos assistenciais, pois foi a primeira a valorizar a comunicação como um processo terapêutico durante a prestação de cuidados (FRANZOI *et al.*, 2016).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo serão descritos os procedimentos metodológicos que foram seguidos durante a realização do estudo. Buscou-se descrever os percursos necessários para que fosse possível avaliar o envolvimento dos enfermeiros diante da inserção das ações de saúde mental na atenção básica.

3.1 MODALIDADE E TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa é relevante, pois permite a análise de particularidades locais e temporais, ela permite que a intenção investigativa dê oportunidade de expressão dos sujeitos de estudo, levando em consideração as suas conjunturas e subjetividades (MUSSI *et al.*, 2019).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em todas as unidades básicas da rede de Atenção Primária à Saúde de um município do Alto Vale do Itajaí, no interior do estado de Santa Catarina.

O município em que ocorreu a pesquisa possui oito unidades básicas integrantes da APS, essas unidades funcionam como porta de entrada aos demais serviços de saúde da rede e são responsáveis por desenvolver ações tanto a nível individual quanto coletivo de diagnóstico, tratamento e recuperação, prevenção e promoção de saúde para a população.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com 06 enfermeiros que atuam nos pontos da Atenção Primária à Saúde do município onde ocorreu o estudo, que após orientação verbal taxativa feita pelo pesquisador, frisando a voluntariedade, aceitaram participar do estudo. Após o aceite inicial, foi explicado e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo oportunizado tempo para leitura do mesmo, o aceite foi oficializado através da assinatura do TCLE (ANEXO 1).

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: enfermeiros, de ambos os gêneros, inseridos na atenção primária do município em estudo. Foram excluídos do estudo: enfermeiros que atuam nos demais níveis de atenção do município; técnicos e auxiliares de enfermagem; enfermeiros que estavam de férias ou afastados das suas funções por qualquer razão; que não estivessem no local de pesquisa após três

tentativas de entrevista ou aqueles que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

3.4 ENTRADA NO CAMPO

A entrada em campo se deu através do contato prévio com a secretaria municipal de saúde, onde a proposta da pesquisa foi apresentada à gerência desse serviço, para fins de deferimento da execução do projeto. Uma declaração de autorização de entrada em campo foi apresentada à gerência do serviço, onde constava o deferimento do gestor municipal, dando anuência para a execução do presente estudo.

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, sob o parecer de nº 4.796.611 (ANEXO 2).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

A coleta de dados iniciou-se após a assinatura do termo de autorização da Secretaria Municipal de Saúde, do local onde ocorreu o estudo, e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisa prosseguiu após os participantes terem concordado, livre e espontaneamente, em participar do estudo e assinado o TCLE e o Termo de Gravação, em duas vias de igual teor, onde uma ficou com o pesquisador e a outra com o entrevistado.

O período de coleta de dados ficou compreendido entre os meses de agosto e setembro.

Os sujeitos de pesquisa foram apontados com o auxílio da secretaria municipal de saúde, baseado nos critérios de inclusão e exclusão do estudo, em seguida o pesquisador realizou as visitas até as unidades básicas de saúde onde os enfermeiros atuam e realizou o convite para participarem da pesquisa. Foram apontados 08 enfermeiros atuantes na APS do município, destes 02 foram excluídos do estudo, 01 por estar em período de férias durante as tentativas de coleta de dados e 01 por se

negar a participar do estudo. Por fim, restaram 06 enfermeiros que se encaixavam nos critérios de inclusão e aceitaram participar da entrevista.

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista com 18 perguntas fechadas e abertas (APÊNDICE 1), que foi desenvolvido pelo pesquisador, com base do Caderno da Atenção Básica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o tempo médio para responder ao questionário foi de 15 minutos. Aplicou-se o roteiro de entrevista, como teste-piloto, com dois profissionais com perfil semelhante ao dos sujeitos de pesquisa com a finalidade de confirmar se o roteiro responderia aos objetivos propostos, esses indivíduos não fizeram parte da população de estudo final. Após a confirmação da validade do instrumento prosseguiu-se com a coleta dos dados.

Cada sujeito de pesquisa foi avaliado individualmente, em ambiente privado, tornando mínimo os riscos de constrangimento. A entrevista foi gravada com um aplicativo de gravação de voz em um aparelho telefônico e, em seguida, as gravações foram transcritas fidedignamente. Ao término das entrevistas, agradeceu-se a participação de cada sujeito de pesquisa.

Encerrou-se a coleta de dados devido ao esgotamento dos sujeitos de pesquisa que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O banco de dados foi organizado em uma planilha específica utilizando o software Microsoft Excel (2019).

Os dados foram explorados e agrupados de acordo com o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, através da técnica de análise categorial.

A análise de conteúdo é dividida em três etapas, sendo elas: a pré-análise; onde se realiza a leitura e organização dos materiais; a exploração do material, etapa onde ocorre a codificação e categorização do material; e o tratamento dos resultados, fase em que são realizadas a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

Como forma de contribuir com a discussão dos resultados, e devido à proximidade com a temática em estudo, utilizou-se a teoria das relações interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa iniciou-se com o encaminhamento do pré-projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UNIDAVI, para avaliação e aprovação. O estudo só teve início após a aprovação do pré-projeto no CEP.

O estudo atende as normas éticas estabelecidas na resolução nº 466 de dezembro de 2012, implementadas pelo Conselho Nacional de Saúde, e possui parecer consubstanciado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 4.796.611. Antes do início da entrevista, o pesquisador reforçou para cada sujeito os objetivos da pesquisa, a forma como a mesma se sucederia, os benefícios que ela traria e, por fim, os possíveis riscos da mesma.

Foi reforçado que a participação no estudo seria voluntária, e que os sujeitos de pesquisa poderiam desistir de sua participação a qualquer momento, até mesmo após o início da entrevista. Ao concordar em fazer parte do estudo, o participante recebeu o TCLE e o Termo de Gravação em duas vias para assinatura, autorizando a sua participação na pesquisa e gravação em áudio das suas respostas, em seguida, uma via retornou ao pesquisador, a qual será arquivada por um período de cinco anos, e outra permaneceu com o participante.

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Ao desenvolver o estudo considerou-se o risco de constrangimento dos enfermeiros ao responder os itens do roteiro de entrevista. Para minimizar esse risco a entrevista ocorreu de maneira individualizada, em ambiente privativo e em local onde o entrevistado se sentisse confortável, foram preservados o sigilo e anonimato dos participantes, para tal os instrumentos de coleta de dados foram numerados, seguindo-se uma sequência conforme a coleta de dados foi acontecendo e esse número substituiu o nome do participante juntamente da letra E.

Sabendo-se dos riscos, caso fosse necessário, devido a algum dano emocional decorrente da pesquisa em questão, o entrevistado teria ao seu dispor o serviço de psicologia do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) da UNIDAVI, no município de Rio do Sul em Santa Catarina.

Enquanto benefícios do estudo destacou-se a identificação das ações de saúde mental nos pontos de atenção primária à saúde no município onde foi realizado o presente estudo, a avaliação do comprometimento dos enfermeiros com essas práticas, tornando possível, também, estimar a qualidade dos serviços prestados pela atenção básica ao paciente em sofrimento psíquico.

Desse modo a pesquisa forneceu dados relevantes que poderão ser utilizados como subsídio para o desenvolvimento de novas ações de saúde mental no município e aperfeiçoamento das práticas voltadas para o atendimento deste público já instituídas nas unidades, fortalecendo assim o envolvimento dos enfermeiros com as questões de saúde mental no âmbito da atenção primária.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Em relação ao perfil dos sujeitos de pesquisa que participaram desse estudo, todos eram do sexo feminino, com idade entre 28 e 55 anos.

Quanto ao tempo de formação, uma possui mais de 15 anos, três possuem entre 10 a 15 anos, uma possui entre 5 a 10 anos e uma possui até 2 anos de formação. Em relação ao nível de formação, quatro possuem pós-graduação concluída, uma está com especialização em andamento e uma possui apenas graduação em Enfermagem.

Nenhuma das entrevistadas possui especialização em Saúde Mental ou Enfermagem Psiquiátrica. As especializações relatadas foram nas áreas de: Saúde da Família; Atenção Básica e Atenção Domiciliar; Saúde Pública; Saúde da Mulher; Urgência e Emergência; Auditoria em Serviços de Saúde; e Educação em Saúde.

No que diz respeito ao tempo de atuação na Atenção Básica, três atuam entre 10 a 15 anos, duas atuam até 2 anos e uma atua entre 5 a 10 anos.

Após a análise e organização dos dados foram elencadas três categorias para discussão neste estudo, sendo elas: conhecimento dos enfermeiros sobre as ações de saúde mental na Atenção Básica, ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas do município, e reconhecimento dos pontos da RAPS e a interação dos enfermeiros da Atenção Básica com a equipe multiprofissional.

4.1 CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Nessa categoria foram analisados os conhecimentos e saberes dos enfermeiros a respeito das ações de saúde mental na esfera da atenção básica. Foi apontado tanto o conhecimento sobre as práticas que os mesmos exercem em suas unidades de saúde quanto aquele adquirido ao longo de suas formações.

As ações de saúde mental elaboradas pelos enfermeiros atuantes na atenção básica devem surgir de acordo com a realidade de cada localidade, porém sempre fundamentadas no atendimento preventivo e acolhedor, oferecendo um cuidado humanizado pautado na PNSM, ou seja, trabalhando as questões de desinstitucionalização e reinserção social (SILVA FILHO *et al.*, 2020).

Na Teoria das Relações Interpessoais, Peplau conceitua a Enfermagem como um processo que deve provir de um relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o paciente objetivando auxiliar o usuário e a comunidade a considerar mudanças que influenciem positivamente em suas vidas (FERNANDES *et al.*, 2018).

Considerando o ideal da teórica, faz-se necessário, então, que os enfermeiros tenham compreensão do impacto que o relacionamento interpessoal firmado com o paciente pode ter no desenvolvimento do cuidado.

O relacionamento com o paciente, principalmente na área da saúde mental, é um dos maiores aliados dos profissionais no momento da elaboração das intervenções e ações em saúde.

Quando questionados sobre o conhecimento de ações de saúde mental voltadas ao âmbito da atenção primária de modo geral, os sujeitos de estudo citam, de forma restringida, algumas práticas que se distanciam do modelo biomédico.

“[...] primeiro são os grupos terapêuticos, né? E ações individuais voltadas pra necessidade de cada indivíduo, né? Conforme a demanda.” (E4).

“[...] é acompanhamento psicológico, né [...] O acolhimento aqui, nosso na unidade [...] na verdade enfermeiro e médico também faz esse acompanhamento [...]” (E5).

“Conheço, é desde que eu trabalho há necessidade, de, de trabalhar a saúde mental na unidade básica era muito importante e nos últimos anos, principalmente, nesses últimos três anos, todas as unidades em que eu trabalho a gente tem um profissional de saúde mental [...] O que a gente faz na atenção primária não é uma coisa pra curar, mas que a maioria dos atendimentos são pra manter ou dar qualidade de vida pras pessoas durante um prazo muito longo [...]” (E6).

Muitas das vezes, intervenções terapêuticas realizadas na atenção básica não são vistas como ações de saúde mental pelos profissionais que as desenvolvem, desse modo, um dos objetivos do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental é dar visibilidade a essas ações (BRASIL, 2013).

A limitação nas respostas, referentes às ações de modo geral, pode ser resultado dessa falta de associação entre algumas práticas existentes e a área da saúde mental, pois quando questionadas sobre os conjuntos de intervenções mais específicos, uma boa parte das entrevistadas demonstra algum conhecimento sobre os mesmos.

Em algumas falas, no entanto, foi observado associação e presença das medidas curativas e de institucionalização como forte mecanismo nos cuidados ofertados na atenção básica, bem como a limitação de ações a um momento específico no ano.

“[...] A gente trabalha sim saúde mental na atenção primária, é mais voltado para questão de reabilitação curativa tá, no sentido de internação, no sentido de acolhimento em comunidade terapêutica [...] eu sei, assim que vai ter alguma ação agora no setembro, no mês de setembro que é o mês alusivo ao Setembro Amarelo, né? Prevenção de suicídios [...]” (E1).

“Na Atenção primária o que eu conheço é as palestras que a gente faz de cuidados assim [...] as palestras que é feito principalmente no mês de setembro, que é o mês alusivo ao, a prevenção ao suicídio, a saúde mental, né? É o que eu sei [...]” (E2).

As questões de encaminhamentos e organização para internações em hospitais ou comunidades terapêuticas são essenciais quando há necessidade das mesmas, como em momentos de surtos ou crises severas, mas o cuidado na atenção básica deve ser volvido a evitar que essas situações aconteçam. Sendo assim, as ações mais importantes a serem trabalhadas nesse âmbito da atenção em saúde são as de prevenção e promoção à saúde.

Os eventos pontuais, como os que ocorrem na campanha do Setembro Amarelo, certamente são positivos para a divulgação das medidas de prevenção ao suicídio e chamam atenção para o cuidado com a saúde mental das pessoas. Mas durante o restante do ano as equipes de saúde da família devem buscar outros mecanismos que continuem a incentivar esse cuidado.

Em relação aos conhecimentos adquiridos durante a formação, nenhuma das entrevistadas teve contato com ações de saúde mental nos pontos de atenção básica onde realizaram as atividades práticas, só relacionaram contato com ações de saúde mental nas unidades hospitalares ou nos CAPS.

“Eu fiz estágio no CAPS [...] foi bem legal, me identifiquei bastante, mas foi o único contato assim específico que eu tive.” (E4).

“E na minha formação acadêmica, eu tive contato com saúde mental, especificamente, [...] com assistência psiquiátrica, e também a gente teve na atenção primária, as assistências fora hospital, nas unidades de saúde mental. Então eu tive sim, considero hoje muito pouco, porque foi poucas semanas no Centro de Atenção Psicossocial [...]” (E6).

O ensino em saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação de enfermagem não possuem uma padronização, devido à ausência de legislação sobre a matriz curricular nessas áreas. Em uma pesquisa a nível nacional, considerando todas as IES cadastradas no Ministério da Educação no ano de 2014, 3% das instituições não apresentava nenhuma disciplina sobre Saúde Mental ou Psiquiatria em seus cursos de Enfermagem. Quanto às que apresentavam, a carga horária média total das disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental foi de 104,6 horas, ficando evidenciado que a média brasileira é menor do que a dos cursos de graduação de enfermagem de outros países da América Latina (VARGAS *et al.*, 2018).

O pouco tempo de contato com as disciplinas de Saúde Mental e Psiquiatria durante a formação nos cursos de enfermagem infere diretamente no conhecimento que os futuros profissionais terão sobre a temática e na sua capacidade de desenvolver ações de saúde direcionadas a pacientes de saúde mental.

Contudo, vale salientar que as instituições de graduação fornecem formações generalistas aos acadêmicos, cabendo ao profissional, após formado, buscar por especializações ou atualizações sobre os campos onde atua. Tendo em vista que a atenção primária possui grande demanda de saúde mental, sugere-se que ocorra a procura por, pelo menos, capacitações e atualizações sobre essa área.

A respeito do conhecimento em torno dos grupos terapêuticos, a descrição do objetivo dessa ação foi realizada de modo adequado por algumas entrevistadas.

“Os grupos terapêuticos são uma forma assim de, de a gente alcançar o maior número de indivíduos buscando também que um apoie o outro, né? Que juntos acaba se tornando mais fácil através do compartilhamento de experiências, um fortalece o outro, incentiva o outro.” (E4).

“[...] mas os grupos terapêuticos, a gente tenta estabelecer e formar grupos, é com o tabagismo, que é o que eu conheço [...] Vai complementar a parte da terapia ou da saúde mental, que vai trabalhar junto [...] o do tabagismo que é sempre muito forte, por quê? Porque que é forte porque o sistema fornece medicação [...] é mais forte quando tem essa questão da medicação [...]” (E6).

Nos grupos terapêuticos os pontos de destaque são a troca de experiências entre os participantes e o diálogo construído entre os mesmos, pois é por meio desses elementos que as relações são firmadas. É através desse tipo de grupo que ocorre a ressocialização dos usuários de saúde mental, nesses encontros os participantes buscam alternativas para a resolução dos problemas de forma coletiva, contando uns com os outros para apoio emocional (BASTOS, 2018).

A maior parte dos sujeitos de pesquisa não explanou sobre o significado e a proposta dessa ação, apontando apenas que já seu conhecimento se baseou na participação de grupos que foram desenvolvidos por outros profissionais da área da saúde.

“[...] grupo terapêutico, a gente tem uma rede psicólogas, né? Então em outro momento da minha carreira enquanto enfermeira, aqui da Saúde Primária do município a gente conseguiu fazer em um determinado bairro, trabalhei um grupo terapêutico em relação a pessoas com depressão, pessoas com o transtorno bipolar [...] Eu nunca fiz sozinha, tá? Foi uma experiência bem bacana, mas uma experiência bem breve também [...]” (E1).

“[...] Olha, eu sei bem pouco tá, assim, até então o grupo terapêutico eu só ouvi falar na faculdade, que eu sei que tinha lá no Hospital [...] tinha uma, uma terapeuta ocupacional, acho que é o nome, né? Que tinha lá e ela fazia sessões [...]” (E5).

É importante que o enfermeiro participe ou seja incluído nas reuniões dos grupos terapêuticos de alguma forma, pois é por meio das interações realizadas nos encontros que ocorre o fortalecimento do vínculo entre o usuário e o mesmo, ampliando o cuidado ofertado pela equipe de enfermagem para esses pacientes. Os grupos quando operacionalizados de forma correta, podem ser a porta de entrada do relacionamento interpessoal entre o enfermeiro-cliente, pois garantem a aproximação com o usuário e maior compreensão das suas dificuldades.

O processo de enfermagem, segundo Peplau, é composto por 4 fases, sendo elas: orientação, identificação, exploração e resolução. Nos grupos terapêuticos a fase de orientação é uma das mais importantes, pois é onde os participantes expressam as suas dificuldades individuais e se deparam com pessoas vivenciando situações

muito parecidas, isso estimula um amadurecimento grupal e a compreensão de suas experiências (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

Por ser inteiramente baseada entre o relacionamento interpessoal do enfermeiro com o cliente-grupo, é evidente que todas as fases do processo de enfermagem, fundamentado na teoria das relações interpessoais, se adequam e atendem fortemente aos objetivos propostos pelos grupos terapêuticos.

É válido lembrar que a fase de identificação também tem grande importância nos grupos terapêuticos porque é onde o usuário irá dar significados para o enfermeiro, é o momento em que ele o identifica como alguém que irá oferecer apoio ou não. Na etapa de exploração, do processo de enfermagem, o enfermeiro irá discutir juntamente com o usuário ou o grupo sobre os seus objetivos e as questões de ressocialização. E por fim, na fase de resolução é onde dá-se o fim do grupo e “rompimento” dos laços criados, nessa etapa o enfermeiro deve analisar as questões de autonomia dos participantes (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

Os grupos terapêuticos, também, foram citados pelos sujeitos de estudo quando questionados sobre o conhecimento de ações de saúde mental direcionadas a pacientes que fazem uso de álcool ou outras drogas.

“Seria os grupos terapêuticos, né, que a gente não tá trabalhando, né? [...] e o acolhimento em relação ao paciente que vem voluntariamente [...]” (E1).

“[...] Os únicos dois, é os grupos e a parte de mais severa um pouco, que é daí a internação que conheço que tem disponível também pelo SUS.” (E5).

Em continuidade às ações direcionadas à alcoolistas e dependentes químicos, duas das entrevistadas demonstraram possuir conhecimento sobre a intervenção de redução de danos de modo limitado.

“[...] intervenção de redução de danos que eu me recordo, o tempo da faculdade falava em questão de insumo para dependente de cocaína [...] A questão de fornecimento da seringa, da agulha [...]” (E1).

“Eu já ouvi falar redução de danos sim, porque a gente, em algumas comunidades terapêuticas, aceitam o usuário de drogas e não aceita o tabagismo, ou não substitui [...] E a gente quando ouvi redução de danos, eu, o que eu sei, é isso, é que a gente vai tirar uma coisa que é ilícita, marginalizada, que é crime ou que envolve a família [...] Pra trazer pra onde, pra uma coisa lícita [...] Até a comunidade que não aceitava o tabagismo fechou, e todas as outras, eu acho, que trabalham com essa questão do passo a passo e com a redução de danos [...]” (E6).

A intervenção de Redução de Danos (RD) quando relacionada a usuários de substâncias psicoativas objetiva reduzir seus riscos e danos, assegurando a autonomia do sujeito e considerando seus mais amplos aspectos. A APS é um local estratégico para o desenvolvimento de ações de RD, pois seu cuidado está pautado na cooperação com o usuário e não de forma impositiva exigindo apenas a abstinência, é um ponto essencial para promoção de novas possibilidades de vida, reduzindo o estigma e preconceito direcionados a pessoas em uso de substâncias psicoativas (PEREIRA *et al.*, 2021).

Das demais entrevistadas, uma afirmou ter pouco conhecimento sobre a RD, sem realizar outros apontamentos, e duas afirmaram desconhecer essa estratégia.

“Conheço pouco, já ouvi falar, mas nunca me aprofundei no assunto, assim...”
(E4).

É fundamental que o sentido da estratégia de redução de danos seja reconhecido pelos enfermeiros de forma ampliada para que na prática de efetivação desse conjunto de ações o sujeito permaneça como elemento central na formulação do seu plano de cuidados, e tenha as suas demandas biopsicossociais atendidas.

A relação terapêutica entre a enfermeira-cliente, do ponto de vista de Peplau, deve ser objetiva e ter o foco nas necessidades do paciente, para assegurar esse foco é necessário que a enfermeira mantenha uma escuta ativa habilidosa. Segundo a teorista, a enfermeira deve empenhar-se em criar uma atmosfera que incentive os usuários a refletir, para reestruturar percepções e visões de situações conforme as suas necessidades (PEDEN *et al.*, 2010).

Ao analisar os propósitos da relação terapêutica, definidos por Peplau, e os objetivos da política de redução de danos percebe-se que ambos se alinham e trilham juntos a estrada da autovalorização e do cuidado centrado no usuário.

Contudo são encontradas carências na formação dos profissionais que atuam na atenção básica quanto à abordagem e ao tratamento do usuário de substâncias psicoativas. Estudos apontam que existe a necessidade de serem implementados programas de educação permanente em saúde que discutam ações de redução de danos com profissionais atuantes nas ESF para ampliar os saberes voltados a essa estratégia (SOARES, 2019; SOUZA, RONZANI, 2018).

Existem também práticas de redução de danos que podem ser trabalhadas com o público infantojuvenil em vulnerabilidade social e/ou estejam vivenciando o uso de

substâncias psicoativas, durante as entrevistas nenhum sujeito apresentou falas direcionadas à essa intervenção nesse aspecto.

As únicas ações de saúde mental voltadas para crianças e adolescentes, conhecidas por duas enfermeiras, foram as práticas em conjunto com a escola para conversas com os alunos e grupos terapêuticos.

“Além do grupo terapêutico, a educação na escola, né? Eu, eu não me recordo de nenhuma outra.” (E4).

“Eu conheço, a gente fez no colégio [...] saúde na escola esse projeto é da educação, mas quem assume as ações são a saúde, então a gente iniciou esse projeto já em 2019 [...]” (E6).

A construção do cuidado em saúde mental às crianças e adolescentes deve ser fundamentada na intersetorialidade devido à complexidade presente durante essa fase do desenvolvimento. A ESF e a escola são os pontos mais próximos desse público em todas as regiões do país, sendo assim, possuem espaços privilegiados para discussão desses cuidados, porém não devem ser os únicos a ofertarem atendimento a esses usuários (PAULON; LONDERO, 2019).

As outras entrevistadas ressaltaram não conhecer nenhuma ação direcionada ao público infantojuvenil referente à saúde mental, com exceção de uma que aponta saber da existência de uma psicóloga na rede que trabalha com essas questões.

“Eu não, não conheço, mas eu sei que tem, tem psicólogas na rede nessa área, na rede que eu me dirijo, é quando eu falo de colegas da nossa secretaria de saúde [...]” (E1).

“Não conheço nenhuma.” (E5).

Um estudo realizado com enfermeiros e médicos da Atenção Básica, na cidade de Recife-PE, demonstrou que esses profissionais possuem dificuldades em apontar ações de saúde mental dirigidas ao público infantojuvenil, demonstrando também pouco conhecimento em lidar com a demanda de saúde mental desse público e uma formação acadêmica precária em conteúdos ligados ao tema (DUARTE; SILVA; ACIOLI, 2020).

Foi demonstrado que as interações entre a ESF e a escola para desempenhar ações de saúde mental às crianças e adolescentes não são reconhecidas por boa parte das entrevistadas e essa é uma das relações mais básicas para a concretização do cuidado e promoção de saúde mental para esta parcela da população.

Por fim, as enfermeiras demonstraram ter um conhecimento bem restrito quanto às ações de saúde mental na atenção básica. Entre as práticas mais conhecidas estão o acolhimento e a realização dos grupos terapêuticos, que apesar de ter seu objetivo pouco descrito foi possível perceber que as entrevistadas já se envolveram com algum desses grupos ao longo de suas trajetórias na saúde. As práticas voltadas aos usuários de álcool ou outras drogas e as ações direcionadas ao público infantojuvenil, em sua grande maioria, foram pouco mencionadas pelas enfermeiras, isso quando não foram ditas como completamente desconhecidas.

Além de conhecer, ou desconhecer, as ações de saúde mental desenvolvidas ou compartilhadas pelo âmbito da APS, considerou-se relevante apontar quais dessas ações estão sendo efetuadas em seus territórios, sendo estas indicadas e discutidas na categoria a seguir.

4.2 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS PELOS PROFISSIONAIS DO MUNICÍPIO

Buscou-se, por meio dessa categoria, apontar as práticas de saúde mental desenvolvidas nas unidades de saúde do município em estudo, de acordo com a fala das enfermeiras e correlacionar essas ações com as orientações e recomendações do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental desenvolvido pelo MS.

A Figura 1 demonstra, de forma sintetizada e comparativa, as principais ações elencadas pelo Caderno do MS para atingir os conjuntos de intervenções em Saúde Mental na APS e as ações que são desenvolvidas nos pontos da atenção básica onde o estudo foi realizado.

Ainda que o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, desenvolvido pelo MS, não seja impositivo ou normativo, esse material traz uma série de ações e recomendações ditadas como “o cuidado que dá certo em saúde mental” (BRASIL, 2013). Sendo assim, considerou-se pertinente a utilização desse instrumento para realizar uma correlação entre o que vem sendo feito nos pontos da APS com o que é considerado positivo e efetivo pelo Ministério da Saúde.

Figura 1 – Correlação entre as ações trazidas no Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental e as práticas desenvolvidas pelas entrevistadas na Atenção Básica

Proposta	Ações recomendadas de acordo com o Caderno da AB de Saúde Mental	Ações desenvolvidas nas unidades de acordo com as entrevistadas	Proposta	Ações recomendadas de acordo com o Caderno da AB de Saúde Mental	Ações desenvolvidas nas unidades de acordo com as entrevistadas
Acolhimento	Espaço de escuta. Dispositivo para fortalecimento do vínculo.	Reconhecido por todos os sujeitos de pesquisa. Associado a escuta para redirecionar o cuidado.	Abordagem Familiar	Discussão de casos clínicos; PTS. Genograma, ecomapa, etc. Criança e Adolesc: Intersectorialidade baseada nos fatores de risco e proteção.	Discussão de casos gerais; Discussão somente frente a emergências. Criança e Adolesc: Atividades em escolas apenas.
Grupos Terapêuticos	Evitar formação por tipologia de doenças ou sofrimentos. Ter finalidade e estrutura definidas a priori. Dar voz aos participantes.	Atualmente não há grupos ativos. Quando estavam em atividade eram organizados conforme doença.	PIC	Medicina Tradicional Chinesa. Homeopatia/Fitoterapia. Medicina Antroposófica.	Não são realizadas nos pontos da atenção básica do município em estudo.
Redução de Danos	Centralidade no sujeito. Orientações sobre o não compartilhamento de seringas, etc. Construir em conjunto práticas educativas.	Convite para realização de testes rápidos. Ausência de ações de acordo com a maioria.	Interv. Psicossociais Avançadas	Reatribuição de sintomas somáticos s/ explicação médica; Terapia Comunitária e Cognitivas Comportamentais; Mediação de Conflitos; e Terapia Interpessoal Breve (TIB)	Não são realizadas nos pontos da atenção básica do município em estudo.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013; próprio autor, 2021.

Um dos dispositivos essenciais, não só em relação à demanda de saúde mental, mas na atenção primária é o acolhimento qualificado. Durante as entrevistas quando questionadas sobre práticas realizadas cotidianamente em seus locais de trabalho, o acolhimento e a escuta terapêutica foram mencionados constantemente, e por todas as entrevistadas, como ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas de saúde.

“[...] pra esse momento que alguém procura ou um pai que tá desesperado e vem aqui e procura aí sim a gente vai oferecer o, o próprio serviço da enfermagem, que a gente é, é a porta de entrada [...] a parte do acolhimento da enfermagem.” (E2).

“[...] há momentos em classificação de risco que eu estou fazendo ou que a técnica [...], vai fazer aferição de sinais vitais que ela fica uma hora ouvindo, fazendo uma escuta terapêutica com o paciente em sofrimento, porque ele busca aquele serviço que ele tem disponível, o que é mais próximo da casa dele [...]” (E6).

“[...] porque geralmente quando o paciente vem ele precisa de acolhimento ou precisa relatar alguma coisa, enfim, já é comigo e depois eu já repasso

pra o médico ou eu já, já faço o contato com o médico e daí a gente já encaminha ele para a triagem da psicóloga [...]” (E5).

“[...] quando a gente tem conhecimento e eles nos procuram ou um familiar procura, que vem voluntariamente a gente faz esse acolhimento se há necessidade da internação [...]” (E1).

De acordo com o Caderno da Atenção Básica de Saúde Mental, o acolhimento desenvolvido na UBS é um dispositivo para firmar e fortalecer o vínculo entre o usuário e o profissional de saúde, que vai muito além de ouvir as queixas dos usuários. O ato de acolher é visto por muitos do ponto de vista de senso comum, como uma forma de desabafo do indivíduo, porém para o profissional da atenção primária, além da escuta terapêutica, é nesse momento onde inicia-se o pensamento sobre a oferta de outras ações disponíveis na rede para minimizar o sofrimento desse usuário (BRASIL, 2013).

Os sujeitos de estudo citam o acolhimento como uma ação, deixando evidente que reconhecem o potencial do próprio na abordagem do paciente, sendo unânime entre as entrevistadas a realização dessa ação aos usuários com demandas de saúde mental, porém não se pode estimar a qualidade desse acolhimento. Em algumas falas é percebido que após o acolhimento existe a conduta limitada do encaminhamento a outro profissional ou internação.

Um estudo desenvolvido com os enfermeiros da atenção básica, em um município da Paraíba, demonstrou que os mesmos realizam o acolhimento aos pacientes em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, porém sentem que esse acolhimento deixa a desejar devido ao despreparo dos profissionais para lidar com esses pacientes e seus problemas sociais, a busca do serviço de saúde por familiares e não pelo paciente, os conflitos na família que esses usuários possuem e o baixo número ou ausência de ações específicas para continuidade do cuidado em saúde mental na APS, como grupos terapêuticos, por exemplo (SILVA *et al.*, 2019a).

É encontrado na fala das entrevistadas que é comum, também, que o acolhimento dos casos que envolvem saúde mental ocorra primeiramente com os familiares dos usuários que possuem algum transtorno ou estão em sofrimento, porém em nenhum momento as mesmas veem isso de forma negativa.

Para Peplau, o processo do cuidar deve estar pautado nas relações interpessoais erguidas entre um indivíduo que precisa de cuidados de um lado e um enfermeiro com formação especializada para ofertar ajuda de outro. Esse profissional precisa dar valor às questões subjetivas do paciente, demonstrando uma relação

compartilhada e dependente entre ambos. A partir desse relacionamento o enfermeiro é capaz de propor cuidados com base nas concepções individuais de cada usuário (PEPLAU, 1988).

É possível perceber que a forma de cuidar descrita pela teórica é convergente aos objetivos do acolhimento em saúde, pois é através desse contato e troca de interações ocorridos durante o acolhimento, entre o profissional e o usuário, que se dá início ao vislumbre das possibilidades de cuidados disponíveis e adequados a esse usuário na APS.

Quando questionadas sobre a existência e o desenvolvimento de grupos para pacientes em sofrimento psíquico ou transtornos mentais, as respostas foram todas negativas no momento atual, porém algumas entrevistadas relataram que as ESF do município já realizaram grupos terapêuticos em anos anteriores.

“Assim ó, teve uns anos atrás que a saúde aqui tentou fazer grupos [...] nas primeiras vezes, dias assim, que teve veio bastante gente, aí depois foi diminuindo, diminuindo e o grupo se extinguiu [...] Então, tinha grupo, antigamente, assim, eu acho que isso faz uns três anos atrás, aí é como era só com enfermeiro e técnicos e próprios pacientes acabou não tendo mais [...]” (E2).

“Então em outro momento da minha carreira enquanto enfermeira, aqui da Saúde Primária, do município a gente conseguiu fazer em um determinado bairro trabalhei um grupo terapêutico em relação a pessoas com depressão, pessoas com o transtorno bipolar, né [...]” (E1).

“Então eu lembro assim agora, que me, que me pega muito, assim, é planejamento familiar, a gestante, a puérpera, o casal, o cuidado com o idoso, a gente teve, tá? Que o grupo, era isso, era um grupo maravilhoso, tá? Era um grupo, de terapêutico, um grupo de saúde mental para o cuidador, porque o cuidador também precisava ser cuidado e a gente tinha essa intenção [...]” (E6).

Conforme o Caderno da Atenção Básica de Saúde Mental, deve ser evitado que os grupos desenvolvidos na APS voltados para o público de saúde mental sejam formados por tipologia de doenças ou sofrimentos psíquicos, os organizadores precisam buscar uma diversidade grupal, reconhecendo e fazendo com que os participantes se sintam pertencentes a um território comum. Os grupos devem ter uma finalidade e uma estrutura pré-definidas, ou seja, é preciso definir se o grupo será educativo, operativo ou terapêutico; se será um grupo aberto ou fechado; se terá um número x de encontros; dentre outros aspectos (BRASIL, 2013).

Atualmente as práticas grupais não estão ocorrendo nos pontos da atenção básica do município em estudo, e mesmo quando ocorriam já aconteciam de forma

contrária ao que é guiado pelo material do MS, pois dividiam-se os usuários de acordo com os seus transtornos ou tipos de sofrimento mental. É importante que os participantes dos grupos se identifiquem uns com os outros nos encontros, não apenas por seus diagnósticos médicos ou estados emocionais, mas sim por suas condições ampliadas de sujeito e saúde.

Na teoria das relações interpessoais, os problemas de enfermagem são vistos como algo que afeta os aspectos biopsicossociais e espirituais das pessoas. As variáveis nas conjunturas de enfermagem englobam: as necessidades, a frustração, o conflito e a ansiedade. Durante a realização dos grupos, o enfermeiro e os participantes passam a identificar os problemas que afetam algum desses aspectos, diminuindo pontos como a tensão, o medo e as demais necessidades do indivíduo, prevenindo, assim, futuras situações-problema para os mesmos. Esse envolvimento em debater e superar as situações estressantes é definido como interação terapêutica (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

No Brasil, as publicações sobre saúde mental na Atenção Básica dão ênfase nas dificuldades em trabalhar nesse campo, na medicalização e nos encaminhamentos a unidades especializadas. Os estudos voltados a grupos terapêuticos ou práticas alternativas complementares possuem pouca referência, isso aponta para a necessidade de rever as ações e práticas de cuidado nesse âmbito da atenção em saúde para aproximar-se do que é defendido pelo SUS (TONIN, 2019).

Quanto às intervenções e ações de saúde mental para o público alcoolista ou dependente de outras drogas, as entrevistadas apontaram, novamente, a questão dos grupos que já aconteceram nas UBS, e os encaminhamentos para outros pontos da rede, que serão abordados na categoria seguinte. Em relação à redução de danos, apenas uma entrevistada afirmou realizar algo alinhado a esse conjunto de ações.

“A gente tem o hábito de fazer testagem rápida na unidade com aqueles pacientes que a gente tem certeza usuário, quando eles procuram a unidade, independente da situação, a gente faz essa abordagem [...] convida a vir no nosso consultório, convida a fazer os exames, né? Seria uma questão preventiva também de DSTs, porque a gente sabe que esse público ele não tá só inserido em relação ao uso da droga, da química, mas tá vulnerável, né? A questão de prostituição a questão de violência, então aqui a gente faz essa abordagem, já tem alguns pacientes que é conhecido e cativo e nos procuram [...]” (E1).

As ações de RD são quase inexistentes no município em que o estudo foi realizado, se limitando ao rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis

(IST), por meio da testagem rápida oferecida pela unidade. Para complementar a prática de prevenção das IST poderiam estar sendo ofertadas orientações quanto o uso individual de agulhas ou cachimbos e o incentivo as práticas de sexo seguro, por exemplo, durante o atendimento ao usuário.

Apesar disso, é importante observar na fala da entrevistada que existe esse “convite” para a oferta e realização de testes rápidos, isso é extremamente benéfico e condizente com o que é trazido no Caderno de Saúde Mental da Atenção Básica, já que atuar com a redução de danos é não ser impositivo ao desenvolver os cuidados com o usuário.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, as possibilidades para trabalhar com a RD na atenção básica são diversas, porém todas devem ter início na formação do vínculo. Os usuários de substâncias psicoativas dificilmente procuram a UBS de forma espontânea, a equipe deve investir em visitas domiciliares e agendamento de consultas, evitando abordar primeiramente o problema com as drogas. A construção das propostas de RD sempre deve partir dos problemas percebidos pelo usuário, fazendo com que o mesmo amplie a sua visão sobre determinada situação (BRASIL, 2013).

Os outros sujeitos de pesquisa afirmaram não realizar nenhuma ação no campo da redução de danos com os usuários adscritos em seus territórios, apesar de reconhecerem o potencial dessa intervenção como medida de prevenção.

“Somente quando tem a procura na porta. Não tem nenhuma campanha, [...] nem uma ação própria para evitar isso. [...] só quando já está acontecendo o problema que ele bate na nossa porta e que a gente vai tentar resolver. Caso contrário não tem ações que previnam.” (E2).

“[...] A princípio a gente não fez e não, não elabora nenhuma.” (E5).

Experiências internacionais apontam que nos países onde as intervenções de redução de danos estão consolidadas, os gastos em saúde com as infecções virais de pessoas com HIV e hepatite C, por exemplo, estão diminuindo, e está ocorrendo, comprovadamente, melhorias na qualidade de vida dos usuários de drogas (SOUZA; RONZANI, 2018).

Entende-se, então, que a RD como intervenção no campo da saúde mental converge com os princípios de integralidade, ampliando a autonomia dos usuários e

fazendo com que os próprios se tornem protagonistas em seus processos de saúde-doença, além disso, possui um impacto que perpassa o âmbito da saúde.

Quando questionadas sobre as ações de promoção e prevenção de saúde mental voltadas para o público infantojuvenil, duas entrevistadas afirmaram realizar, ou ter realizado, juntamente a outros profissionais da equipe, atividades que promovem a saúde mental desses indivíduos.

“[...] eu lembro que eu estive junto, até fui eu que confeccionei e comprei os lápis, de escrever pra dar para os pequenos [...] a psicóloga era outra, e ela fez um trabalho de explanação do assunto de, sobre a tristeza, sobre tristeza que eles sentem, que, como eles percebem que o coleguinha tá triste. Então, foi um trabalho, especificamente, feito no Colégio [...] com a psicóloga [...] e eu fui junto, então, eu só fui como ouvinte, mas a gente tinha iniciado esse trabalho [...] pra fazer isso em todas as salas, até para evitar bullying, pra saber como que o coleguinha tá vendo [...]” (E6).

“[...] No momento não, antes tinha alguma coisa na escola também.” (E4).

Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, as escolas devem ser vistas como pontos ampliados de saúde para as questões que envolvem as crianças e os adolescentes. Além disso, a ESF deve reconhecer os fatores de risco e de proteção para trabalhar a saúde mental com esse público, reconhecendo os mesmos nos domínios familiares, escolares e comunitários, além dos domínios psicológicos e biológicos e atuar sobre os mesmos para atingir a efetividade das abordagens infantojuvenis (BRASIL, 2013).

Estudos realizados com profissionais da atenção básica de saúde mostraram que a condução de ações através da intersetorialidade, depois das abordagens familiares, é um dos mecanismos mais valiosos para atuar sobre a saúde mental das crianças e adolescentes. Porém, essas pesquisas mostram que há dificuldades na efetivação dessa prática, por serem realizadas de forma pontual e não contínua ou pela dificuldade e tempo dispensados para programar a articulação dessas ações diante das demais situações sociais de vulnerabilidade de seus territórios (FERNANDES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2019a).

Embora a articulação com a escola seja valiosa, é necessário que as ações de saúde mental direcionadas à criança e ao adolescente não fiquem restritas apenas a intersetorialidade com essa instituição, existem, além de outros pontos comunitários que assistem esse público, as abordagens familiares e o próprio aconselhamento a esses usuários.

As demais entrevistadas relataram não desenvolver nenhuma ação específica para a população infantojuvenil. A atenção básica tem um papel estratégico na ampliação do cuidado e rompimento dos estigmas associados à saúde mental. A ausência de práticas desse campo voltadas para crianças e adolescentes sugere que esse público se mantém não sendo assistido de forma integral e não sendo visto como sujeitos singulares.

De acordo com o Caderno de Saúde Mental, estudos epidemiológicos têm demonstrado que quando os problemas de saúde mental infantojuvenis não são atendidos ocorrem impactos negativos na escolaridade e sociabilidade desses sujeitos que tendem a perdurar por longos anos (BRASIL, 2013).

Uma intervenção indicada para atuar em saúde mental no âmbito da atenção básica, tanto para a população jovem quanto para os adultos, é o Projeto Terapêutico Singular. “O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é adotado como um dispositivo de cuidado que se insere no contexto interdisciplinar para intervenções centralizadas nas necessidades de saúde dos sujeitos em seu contexto social.” (ROCHA; LUCENA, p. 2, 2018).

Quando questionadas sobre as reuniões para discussão de casos com a equipe de enfermagem, algumas entrevistadas responderam que o momento de conversa e discussão sobre os casos de saúde mental só acontecem de forma não programada quando ocorre alguma demanda, em nenhum momento houve menção ao PTS.

“Quando acontece algum caso a gente conversa entre a gente, por exemplo, outro dia veio um paciente que tava com os vizinhos, estava incomodando né, de todas as formas [...] Aí a gente teve que ir lá [...] então assim a gente combina tudo na hora, no momento, ‘ah, o que que um vai fazer, o que que o outro vai fazer, como é que a gente vai abordar o paciente’, lá na hora a gente vai e conversa no dia, não tem assim um plano estratégico para esse atendimento ou alguma ação, não tem [...]” (E2).

“Conforme surgem as demandas a gente, assim, sempre tenta se ajudar porque muitas vezes uma pessoa sozinha não tem tantas ideias de como ajudar essa pessoa, né? E a gente acaba conversando [...] surgiu a demanda, deu um tempinho que não tem ninguém em volta, a gente já aproveita o momento e já tenta, tenta trocar as ideias para ver o que a gente consegue fazer e articular mesmo [...] E além disso, não tem mais nada, é o que a gente faz mesmo [...]” (E4).

Essa forma não programada para discussão dos casos é útil para demandas ordinárias, as quais a equipe já está acostumada a lidar rotineiramente. Percebe-se na fala das enfermeiras que elas realizam esse tipo de abordagem para casos

inesperados, que possivelmente necessitariam de um olhar ampliado da equipe multiprofissional e o desenvolvimento de um PTS.

Segundo o Caderno de Saúde Mental, a elaboração do PTS não deve ser dirigida a todos os usuários atendidos na APS, até porque isso seria inviável, porém deve-se priorizar os casos mais complexos e com maior gravidade para desenvolver essa estratégia. Para desenvolver o PTS é indicada a utilização de um roteiro norteador, seguindo os passos de: diagnóstico situacional, definição de objetivos e metas, divisão de tarefas e responsabilidades, e por fim uma reavaliação do projeto. O PTS é uma possibilidade de abordagem a nível individual, porém pode envolver todo o grupo familiar e coletivo do sujeito a fim de identificar as vulnerabilidade e potencialidades do sujeito (BRASIL, 2013).

Devido ao seu teor singular, grande parte dos estudos encontrados na literatura sobre o PTS são de caráter descritivo, do tipo relato de experiência. Os pontos destacados em comum nesses estudos são: os múltiplos profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes; os encaminhamentos adequados, onde há o senso de corresponsabilidade entre os pontos da rede; e a centralidade no indivíduo, tendo também o reconhecimento de melhoria na qualidade de vida pelo mesmo (CARVALHO NETO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Uma entrevistada afirma que as reuniões com a equipe ocorrem mensalmente, e que a partir dessa reunião a equipe, em conjunto, decide como irá atuar em determinado caso.

“Como que a gente discute a gente, nós nos reunimos, é, não passa um mês em que nós não nos reunimos, a gente se reúne mensalmente e nessa, nessa conversa, nessa reunião, a gente, eu ouço as demandas que os agentes comunitários trazem, e ali, tanto a psicóloga também participa, a odontóloga e o médico, a gente acaba identificando sim, quais as demandas, e onde a gente pode estar interferindo [...]” (E6).

Observando a fala da enfermeira, percebe-se que mesmo quando há um momento para debater sobre as situações, todos eles seguem uma lógica programática. Em nenhum momento o termo PTS é evidenciado, e aparentemente não existe um desenho de plano interprofissional com a definição de metas e prazos para os casos mais complexos. Correlacionando esse modelo de discussão com o apresentado pelo Caderno de Saúde Mental vemos que, assim como discutir os casos apenas quando surge a demanda, ainda não é o ideal.

Uma das práticas criticadas pelas enfermeiras foi a medicalização indiscriminada dos usuários e a dificuldade em realizar uma abordagem para reduzir ou retirar esses medicamentos após o regime medicamentoso instituído dos mesmos.

“[...] Eles são totalmente dependentes e é alto esse número de pessoas que fazem uso de medicações. Então deveria ter ações voltadas, mas isso não é uma estratégia de saúde, tipo ‘ah, eu quero aqui em [...]’, das oito unidades que tem eu aqui do [...] querer mudar isso, entendeu? Eu vou apanhar dos pacientes se eu tentar mudar, assim ‘Ah, em vez de usar os medicamentos psicotrópicos, vamos aderir aos homeopáticos?’ iih, ó, não tem, já foi tentado eles não aceitam, é resistência cultural dos pacientes [...]” (E2).

“[...] eu tenho vários pacientes de uso de medicamento controlado assim, fora do normal, é absurdo o tanto de pessoas que fazem uso dessas medicações [...] vêm aqui consultar ou enfim, vem renovar a receita e tal, que às vezes elas nem precisariam tá usando mas alguém lá atrás já falhou já, já inseriu essa medicação na vida dela já, sabe não teve acompanhamento nenhum, só chegou lá na consulta e relatou alguma coisinha ou outra o médico prescreveu, e tipo assim, não foi pra frente sabe não faz acompanhamento psicológico, não participa de nenhum grupo, enfim até agora não tem né, mas se tivesse não participaria [...] Então assim, aqui basicamente se resolve tudo com medicação [...]” (E5).

Uma delas aponta que em determinado momento foi tentado realizar a troca de medicamentos por homeopáticos e não obteve sucesso, porém cabe ressaltar que as práticas alternativas regulamentadas pelo MS são diversas. Sendo assim, é percebido na fala das enfermeiras que existe a presunção de que a implementação de práticas alternativas juntamente ao tratamento medicamentoso não é efetiva.

O Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, ainda, recomenda a implementação das Práticas Alternativas Complementares (PIC) como fortes aliadas aos cuidados dos pacientes em sofrimento psíquico. São trazidas como possibilidades para atuar nesse campo da saúde: a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a homeopatia, a fitoterapia e a medicina antroposófica (BRASIL, 2013).

Estudos realizados em Santa Catarina em 2017, através da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), demonstraram que dos 293 municípios no estado, apenas 131 ofertavam alguma PIC (LOSSO; FREITAS, 2017). Quanto ao efeito das mesmas sob os usuários de saúde mental, uma pesquisa desenvolvida com funcionários da Atenção Básica, em Porto Alegre, demonstrou que os profissionais consideram as PIC como recursos para se trabalhar em saúde mental e acreditam que os usuários se beneficiam positivamente com a implementação das mesmas nessa esfera de atenção (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

As enfermeiras não descreveram o acontecimento de nenhuma PIC em suas unidades de atenção, entende-se que existem questões burocráticas que vão além da vontade de desenvolver essas práticas na Atenção Básica, sendo assim, não se pode afirmar que essas ações não ocorram por falta de interesse da equipe de saúde.

As intervenções psicossociais avançadas também não foram mencionadas pelas entrevistadas, apesar de não ter sido realizada nenhuma pergunta específica com esse termo, as enfermeiras tinham as duas últimas questões do roteiro de entrevista abertas para explanar quais as demais ações de saúde mental eram desenvolvidas por sua equipe e qual a visão geral sobre a saúde mental na APS.

Para o MS, por meio do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, o conjunto de ações a ser realizado dentro dessas intervenções, englobam: a reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica, a terapia comunitária (TC), as terapias cognitivas comportamentais, a mediação de conflitos e a terapia interpessoal breve na dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

São escassos os estudos sobre as intervenções psicossociais avançadas no âmbito da APS. De acordo com um estudo de revisão integrativa da literatura entre os anos de 2015 a 2020, as ações direcionadas à essas intervenções, bem como a implementação das PIC e ações de Redução de Danos são pouco conhecidas e trabalhadas pelos profissionais da atenção básica, e quando aparecem observa-se um despreparo em abordá-las (PEREIRA *et al.*, 2021).

Em convergência com o conhecimento que os sujeitos de pesquisa possuem sobre as ações de saúde mental na atenção básica, as práticas desenvolvidas pelos mesmos em suas unidades de saúde também são bem limitadas. O acolhimento ofertado ao indivíduo em sofrimento psíquico ou com algum transtorno mental é o ponto mais destacado nos discursos. A realização de grupos terapêuticos ou de apoio a usuários em sofrimento também foi bastante mencionada. Algumas enfermeiras relatam, também, que ocorrem ações abordando o tema saúde mental nas escolas, sendo organizadas, principalmente, por outros profissionais da equipe.

Quando comparamos as práticas desenvolvidas nas unidades com as ações recomendadas pelo Caderno de Saúde Mental do MS, observamos que até mesmo aquelas que são condizentes com o material ocorrem de modo equivocado, como os grupos terapêuticos, por exemplo, que de acordo com as enfermeiras das unidades são formados conforme os tipos de transtornos ou sofrimentos psíquicos, enquanto a orientação do MS é evitar que esses grupos sejam organizados dessa forma.

Analisando o conhecimento e o desenvolvimento das ações na Atenção Básica, refletiu-se sobre a necessidade de verificar, também, o reconhecimento dos pontos da RAPS por parte dos sujeitos de estudo, bem como o seu envolvimento diante dos encaminhamentos entre os demais níveis de atenção, e a troca de informações com a equipe multiprofissional do município, sendo estes tópicos abordados na categoria a seguir.

4.3 RECONHECIMENTO DOS PONTOS DA RAPS E INTERAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Por meio dessa categoria torna-se possível analisar o conhecimento das enfermeiras diante dos pontos da RAPS e a forma com a qual são realizadas as trocas de informações e encaminhamentos dos usuários pela mesma.

A RAPS apoia a reorganização dos serviços de saúde mental de modo integral, aumentando a grade de ações e intervenções de saúde, buscando oportunizar acesso universal e o cuidado holístico com qualidade para os usuários em sofrimento mental (ZEFERINO *et al.*, 2016).

De acordo com a Portaria nº 3.088/11 do MS, alguns dos serviços ofertados pela RAPS variam de localidade para localidade, conforme alguns parâmetros como: o número total de habitantes, o número de pessoas em situação de rua, o número de crianças e adolescentes em potencial para o uso de drogas, dentre outros fatores (BRASIL, 2011a).

Pode-se perceber que os sujeitos de pesquisa têm conhecimento sobre os pontos da rede e afirmam ter um fluxo instalado no local onde fora realizado o estudo para encaminhar e redirecionar o paciente em sofrimento psíquico ou com algum transtorno pela rede.

“Bom, é, quando a gente tem conhecimento e eles nos procuram ou um familiar procura, que vem voluntariamente, a gente faz esse acolhimento, se há necessidade da internação, se há necessidade da intervenção para uma comunidade terapêutica e essa pessoa quer, a gente consegue, a gente tem um fluxo determinado, né, protocolado. Então, assim começa pela unidade, vai para assistência social da secretaria de saúde, que tem uma profissional só para isso e lá ela vai coordenar questão de vaga [...]” (E1).

“Muitas vezes eles são atendidos somente aqui na unidade básica, quando é uma situação mais delicada é feito o encaminhamento pra psicologia [...] pra

casos de, de, além da psicologia, também tem o encaminhamento pra psiquiatra, em casos de ideação suicida ou até mesmo de tentativa, a gente já encaminha direto para o Hospital [...] para internação porque daí é via SISREG, então é feito contato direto com o pronto socorro, né?” (E4).

Na literatura encontramos que os enfermeiros, em parte, são responsáveis pelos encaminhamentos do usuário para outros serviços da rede. E que essa é uma ação fundamental para dar início ao processo de articulação em prol da resolução de um problema trazido pelo paciente, os encaminhamentos adequados são considerados como pontos de fortalecimento da RAPS, pois é onde dá-se continuidade a linha de cuidado do usuário (BRAGA *et al.*, 2020).

De acordo com as orientações do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, os encaminhamentos devem ser realizados, majoritariamente, em casos graves ou emergências. O material aponta que é necessário romper com o automatismo dos encaminhamentos para internações em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas, principalmente. É defendido que o encaminhamento ocorra de modo implicado, ou seja, a unidade que encaminha se corresponsabiliza e está envolvida ativamente em meio ao processo de chegada do caso a seu novo destino (BRASIL, 2013).

É relevante apontar que os enfermeiros da APS buscam realizar o manejo com o usuário de saúde mental na própria Unidade Básica de Saúde, porém conseguem reconhecer quando os serviços ofertados pela ESF não são suficientes para contemplar as demandas de determinados pacientes em sofrimento psíquico. No entanto é necessário que os profissionais não fiquem restritos somente a esses processos de encaminhamentos.

Apesar de não citarem o termo apoio matricial durante as entrevistas é perceptível, por meio das falas, que todos os enfermeiros recebem algum apoio de especialistas para a elaboração de ações e intervenções ao público de saúde mental, bem como na discussão de casos com profissionais de outras áreas para lidar com essa demanda, principalmente da psicologia e assistência social.

“Mas um trabalho em relação a prevenção e promoção vai depender muito do gestor em ofertar esse campo para gente já teve períodos, pela nossa secretaria, que a gente tinha sim, tinha grupos terapêuticos, tinha, tinha a questão de trabalho do NASF, do próprio NASF [...] A gente tem o advento de ter uma psicóloga conosco [...] já discutimos bastante em relação a isso o que que poderia ser feito e a gente tem umas ideias sim [...]” (E1).

“A gente conversa algum... troca algumas ideias com a psicóloga, que tem psicólogo aqui no, na unidade né? Ela vem toda semana toda semana [...]”
(E3).

“[...] E aí quando tem a possibilidade daí a gente se reúne aqui com a assistente social e o Conselho Tutelar, ou CRAS ou CREAS, que daí a gente se une, né, e aí faz esse acompanhamento, né, dessa, dessas pessoas [...]”
(E5).

O apoio matricial é visto como uma prática para a descentralização do trabalho em saúde mental, por meio dele propõe-se o cumprimento aos princípios do SUS, uma vez que se desenvolve uma nova forma de atuar em saúde pública, através do contato entre especialistas e generalistas, acionando desse modo a integralidade do cuidado. Os profissionais da APS acreditam que o apoio matricial qualifica as ações em saúde mental, porém, em alguns casos, consideram que o mesmo impede o acesso do usuário à atenção secundária (HIRDES, 2015).

Devido à exclusão social e ao estigma associado às pessoas com transtornos mentais, é comum que esses usuários se encontrem em situações de vulnerabilidade social. Por isso, em meio a fala dos entrevistados é possível perceber, também, a conexão entre os profissionais da atenção básica e os profissionais que atuam nos pontos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

De acordo com a teoria das relações interpessoais, os enfermeiros, ao serem colocados na posição de ofertar assistência social e ética aos pacientes, não devem impor aos pacientes as suas crenças e valores, e sim apresentar os valores ético-sociais dentro da cultura em que o usuário está inserido e fazer com que ele mesmo reavalie a sua situação e reconstrua suas crenças e atitude diante do exposto. Para atuar com essas questões é necessário que os enfermeiros recebam um apoio constante dos demais profissionais que constituem a área da saúde e da assistência social (PEPLAU, 1988).

O relacionamento e a discussão do enfermeiro com profissionais que compõem tanto o NASF quanto o restante da rede de atenção em saúde do município são de extrema importância para que o cuidado ofertado aos pacientes em saúde mental se torne integral e adequado, uma vez que, boa parte dos casos trazidos por esses usuários são complexos e fazem com que o enfermeiro e os demais profissionais da ESF esgotem as suas possibilidades em atendê-los por si só.

O firmamento dessas relações se dá por meio da comunicação, podendo esta ocorrer de diversas formas, as mais citadas entre os sujeitos de pesquisa foram o contato via telefone e cartas formais de referência e contrarreferência.

“[...] A gente manda com a carta de referência e eles mandam com a carta de contrarreferência, na verdade, né, e eles sempre mandam, todo paciente [...] eles mandam relatório, né, se o paciente aderiu bem o tratamento, quais as medicações que ele saiu prescrito de lá, a gente, para a gente saber o que foi feito e dá continuidade [...]” (E2).

“[...] a princípio é por escrito e por, por celular mesmo que a gente faz essa contrarreferência. E aí, né, no meio tempo se tiver que ter um contato, ah por exemplo, aqui acontece muito assim... é o paciente desceu para consulta lá, terminou consulta lá, ela já me diz... O paciente compareceu, que aqui a gente tem uma grande dificuldade que os pacientes desçam até lá [...]” (E4).

“[...] aconteceu de eu telefonar pro hospital psiquiátrico conseguir uma vaga de internação pelo SUS, solicitar a colocação no SISREG, amanhecer o dia e eu ir a Florianópolis consultar essa paciente e o paciente tava lá e aqui não tava ainda no SISREG... O paciente volta [...] eu mandei uma referência grande escrito o que tinha acontecido, do médico e das minhas visitas domiciliares [...] Ele mandou de volta uma contrarreferência, infelizmente, né... Porque daí, a paciente era pra ter ficado internada e não ficou, ela voltou pra sua residência [...]” (E6).

Os contatos telefônicos agilizam e facilitam a comunicação entre os enfermeiros dos diferentes pontos de atenção, para a troca de orientações sobre o cuidado a um usuário de saúde mental específico, ampliando e otimizando o encaminhamento do mesmo (BRAGA *et al.*, 2020).

Apesar disso, alguns estudos apontam que as práticas de referência e contrarreferência são dificultosas e muitas vezes comprometidas pela ausência de informações relevantes de modo apropriado (SILVA *et al.*, 2019a; BARBOSA *et al.*, 2017; HIRDES, 2015). Em muitos dos casos ocorre apenas o encaminhamento do usuário a um serviço especializado e o retorno do mesmo à estratégia de saúde da família sem o compartilhamento dos planos terapêuticos e outros dados importantes, fazendo com que cada equipe, dos diferentes níveis de atenção, atue de forma isolada (BARBOSA *et al.*, 2017).

O telefone é o meio mais utilizado para contato com os demais pontos de atenção, porém ainda ocorrem casos onde a troca das informações ou a captação das mesmas pelo contato telefônico parecem ser ineficazes, como no relato referente a regulação de leitos e internações. Mas, diferentemente do que é apresentado na literatura, as cartas de referência e contrarreferência são direcionadas entre os diversos pontos da rede. Esses documentos levam consigo as ações que foram

desenvolvidas em cada local onde o usuário recebeu atendimento e um parecer sobre as atuais situações de saúde do mesmo.

De acordo com Peplau, o objetivo na comunicação consiste na seleção de conceitos que veiculam tanto a referência, como o significado na mente do indivíduo, quanto o referente, o objeto ou ações atribuídos a esses conceitos, ou seja, quando duas pessoas empregam a mesma palavra com o mesmo significado a comunicação é efetiva (PEPLAU, 1988).

Compartilhar as informações referentes aos casos encaminhados pela rede é essencial para o fortalecimento do cuidado intersetorial. É interessante reparar que até mesmo quando existe alguma falha durante o processo de encaminhamento, os documentos de referência e contrarreferência são trocados pelos pontos da rede. Desse modo, os profissionais podem pensar sobre mecanismos organizacionais, com a finalidade de evitar novas situações com o mesmo problema.

Por vezes, dividir as informações apenas com serviços de urgência e emergência ou locais de internação podem se tornar frustrantes em meio a rotina das enfermeiras da atenção básica. Visto que, uma das questões mais pontuadas entre as entrevistadas, em relação à rede, foi a ausência de um CAPS no município e do impacto que isso causa no atendimento aos usuários em saúde mental.

“[...] Mas eu acho que falta muito assim, é um sonho do município ter um CAPS aqui... Eu sinceramente torço muito pra que logo saia [...] E eu acho que isso vai ajudar muito pra gente ter uma referência mais, mais fechadinha [...] Pra não ser o Hospital a nossa única referência [...] A gente vai ter mais um meio termo, a gente vai ter mais como conduzir essas outras situações [...]” (E4).

“[...] o que a gente tem um déficit, e isso eu acho muito importante, é que há muitos anos vem trabalhando pra se instalar um CAPS [...] e isso seria um serviço essencial pra gente, no momento [...] Ah, mas Estratégia de Saúde da Família acompanha [...] mas ao meu ver não é o acompanhamento adequado a ele [...]” (E1).

“[...] e como era importante pra enfermeira da unidade UBS ter o Caps, o CAPS não pode viver sem UBS e a UBS não deveria nunca existir sem um CAPS [...] Hoje em pandemia eu vejo que mais da metade dos pacientes precisam é de CAPS, não é da Unidade Básica [...]” (E6).

O CAPS é considerado o dispositivo estratégico da rede de atenção psicossocial, pois é por meio dele que são incentivadas e inseridas diversas práticas de convívio igualitário ao indivíduo, além da reinserção social do mesmo. A articulação

entre o CAPS e a ESF fortalece a rede e oportuniza o resgate da cidadania do usuário (MIGOTTO; MEDEIROS, 2020).

A ausência do CAPS, como dispositivo estratégico para o cuidado em saúde mental, impacta negativamente na organização e efetivação da Rede de Atenção Psicossocial no município, pois as unidades básicas de saúde perdem a oportunidade de ter um grande aliado, tanto no modo de matriciamento quanto na continuidade do cuidado dos usuários sem internações.

Nas falas dos sujeitos de pesquisa é notório que há o reconhecimento do CAPS como um dispositivo fundamental e complementar para o atendimento dos pacientes de saúde mental e com grande potencial para assegurar que esses usuários evitem internações desnecessárias. Porém, ainda, é observado conflitos em relação ao senso de responsabilização direcionado ao acompanhamento dos pacientes.

É importante observar que as enfermeiras reconhecem os pontos disponíveis para encaminhamentos dentro da rede e que é realizada a troca das cartas de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção. No entanto, em algumas falas é possível notar que nem sempre o propósito da corresponsabilização é atingido, apesar de o usuário ser atendido em uma unidade de internação ou em um nível secundário de atenção, existe a necessidade do acompanhamento do mesmo pelas equipes da ESF.

Avaliando os aspectos do reconhecimento e interação com a RAPS e a equipe multiprofissional, as ações de saúde mental desenvolvidas nos pontos da atenção básica do município e o conhecimento das enfermeiras atuantes nesses serviços podemos considerar que o envolvimento destas profissionais diante da inserção das práticas de saúde mental na esfera da atenção básica é bem limitado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica constitui-se de um componente fundamental para atuar com ações de saúde mental dentro das Redes de Atenção em Saúde. As ESF, devido a sua extrema proximidade com a comunidade, possuem maior facilidade para formar e manter o vínculo com os seus usuários, essa prática é essencial para a construção e garantia do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais.

Ao analisar os discursos das enfermeiras atuantes na atenção básica do município, observou-se que as mesmas tiveram pouco contato com o tema de saúde mental na APS durante a graduação, e apesar de demonstrarem ter uma noção sobre as práticas grupais e o acolhimento ofertado à demanda em saúde mental, existem diversas lacunas em relação ao conhecimento das demais ações de saúde mental que podem ser desenvolvidas nesse âmbito da atenção, principalmente em relação às propostas de redução de danos e abordagens psicossociais avançadas.

Devido à alta demanda de usuários em sofrimento psíquico e transtornos mentais que buscam atendimento na atenção básica aliado a carência na formação generalista adquirida durante suas graduações, conforme apontado pelas próprias entrevistadas, torna-se pertinente a busca individual das profissionais por atualizações e capacitações para atuar de forma efetiva ao ofertar os cuidados a esse público.

Acerca das ações desenvolvidas nas UBS do município, o acolhimento foi reconhecido como uma das práticas mais ofertadas a esse público, os grupos terapêuticos e as ações de saúde mental nas escolas também foram elencados como práticas desenvolvidas em algumas unidades pelas ESF. Porém, de modo geral, foram constatadas grandes limitações, principalmente, em relação às ações de prevenção e promoção de saúde mental aos indivíduos.

Evidenciou-se, ainda, que o encaminhamento a serviços especializados, sobretudo para internações, segue sendo considerado pelas enfermeiras como a principal ação direcionada aos usuários com transtornos mentais ou ocasionados pelo abuso de álcool e/ou outras drogas. Existe o compartilhamento dos casos entre os diferentes níveis de atenção, por meio dos documentos de referência e contrarreferência, no entanto, é necessário que o cuidado conduzido aos usuários supere a automatização dos encaminhamentos.

A discussão sobre os casos de saúde mental ocorre, em boa parte das unidades, apenas quando surge uma demanda de forma emergencial, e após o atendimento ofertado ao usuário não acontece um planejamento terapêutico direcionado ao mesmo, as ações se encerram no redirecionamento do indivíduo a um nível de atenção especializado ou hospitalar.

Correlacionando as ações recomendadas no Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental do MS com as práticas de saúde mental desenvolvidas nas unidades, observa-se que as unidades do município ofertam um número bem limitado de ações direcionadas a essa área da saúde. Assim como no material do MS, o acolhimento é abraçado como dispositivo essencial para atuar frente à demanda desses usuários. Os grupos terapêuticos, quando desenvolvidos, seguem um formato diferente do que é sugerido pelo caderno, sendo formados de acordo com as psicopatologias dos usuários.

Dentre as práticas para atingir a proposta de redução de danos, apenas uma unidade realiza, de forma parcial, ações que vão de encontro ao que é indicado para atingir essa intervenção. Nenhuma ação é desenvolvida para atingir as propostas de práticas alternativas complementares e intervenções psicossociais avançadas.

Avaliando o conhecimento e o desenvolvimento de ações de saúde mental na APS do município, constatou-se que, ainda, há pouco envolvimento dos enfermeiros frente à inclusão dessas práticas em seus processos de trabalho. Desse modo, os usuários que buscam as unidades básicas de saúde para atendimentos relativos à saúde mental possuem um conjunto de práticas limitadas à sua disposição.

Através deste estudo, apontou-se quais as ações de saúde mental vêm sendo desenvolvidas nos pontos da atenção básica do município em que ocorreu o estudo, indicando as potencialidades e fragilidades no desenvolvimento dessas ações. A carência identificada serve como subsídio para discussões de estratégias com a finalidade de superar essas adversidades, e também como incentivo para o desenvolvimento de novas ações de saúde mental, além da busca por maior compreensão das políticas já existentes.

Embora a pesquisa tenha trazido dados relevantes sobre o envolvimento dos enfermeiros frente à implementação das ações de saúde mental dentro do âmbito da atenção básica, considera-se como limitação do estudo a realização do mesmo em um único município do interior de Santa Catarina e o número reduzido de seis participantes. Em concordância com a natureza exploratória desse estudo, espera-se

que o mesmo abra possibilidades para o desenvolvimento de novas pesquisas que investiguem a receptividade dos enfermeiros diante da inclusão das práticas de saúde mental no âmbito da atenção básica.

Ao realizar este estudo, observou-se uma quantidade considerável de pesquisas e dados envolvendo o matriciamento em saúde e a interação multiprofissional como medidas para fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica. Sugere-se, então, que os serviços de saúde busquem trabalhar questões de educação permanente que abordem os temas de saúde mental com os enfermeiros, e os demais profissionais das ESF, como forma de desmistificar as práticas que podem ser desenvolvidas dentro dessa esfera de atenção, promovendo a inclusão de novas ações de saúde mental e ampliação das que já vêm sendo ofertadas pelas unidades de atenção básica do município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erika Rodrigues; SOUSA, Allan Nuno Alves; BRANDÃO, Celmário Castro; CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil; TAVARES, Graziela; SILVA, Kimielle Cristina. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Artigo Especial. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 12 maio 2021.

ARAGÃO, Loic Hernandez do Amaral; SILVA, Claudenir Fernandes. Práticas integrativas e complementares na atenção básica: experiências de fisioterapeutas no contexto da saúde mental. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/32517>. Acesso em: 15 set. 2021.

ARAÚJO, Antonio José De Vasconcelos. **Medicina tradicional chinesa: Intervenção com famílias no campo da saúde mental infantojuvenil**. Dissertação. 107 f. (Mestrado – Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde). Instituto Saúde e Sociedade. Universidade Federal de São Paulo, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/60441>. Acesso em: 19 out. 2021.

BAPTISTA, Juliana Ávila; CAMATTA, Marcio Wagner; FILIPPONN, Paula Gonçalves; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** v.73, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>. Acesso em: 13 maio. 2021.

BARBOSA, Valquíria Farias Bezerra; CAVALCANTI, Anielly, ALCÂNTARA, Maria Clara de Araújo; PEDROZA, Robervam de Moura; FERREIRA, Shimmeny Hilka Vasconcelos. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. **Rev Fund Care Online.**, v. 9, n. 3, p. 659-668, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668>. Acesso em: 30 set. 2021.

BARBOSA, Eliezer Grillo. **Transtornos mentais comuns e transtorno por estresse pós-traumático em policiais rodoviários federais de campo grande – ms brasil**. Dissertação. 157 f. (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, 2017b. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/1021750-final.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Traduzido por: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASTOS, Liz Fontanelle. **Grupos terapêuticos como estratégia de cuidado na atenção básica à saúde: reflexões a partir de um caps ad**. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialista em Saúde da Família). FESFSUS/FIOCRUZ. Camaçari, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37367>. Acesso em: 13 out. 2021.

BATISTA, Eraldo Carlos. A Saúde Mental e o Cuidado à Pessoa em Sofrimento Psíquico na História da Loucura. **Rev Enfermagem e Saúde Coletiva**, Faculdade

São Paulo: FSP, 2018. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/341102947>. Acesso em: 14 out. 2021.

BATISTELA, Mariana da Rocha; GARCIA, Andreia Sanches; OLIVEIRA, Daniela Emilena Santiago. Oficinas terapêuticas e a música no caps: contribuições para a saúde mental brasileira. **Intraciência Revista Científica**, v. 19, 2020. Disponível em: http://www.uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114251.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

BRAGA, Cristiane Giffone; SILVA, José Vitor. **Teorias de enfermagem**. 1. ed. São Paulo, Editora Iátria, 2011.

BRAGA, Fabrício Soares; OLSCHOWSKY, Agnes; WETZEL, Christine; SILVA, Aline Basso; NUNES, Cristiane Kenes; BOTEGA, Mariane da Silva Xavier. Meios de trabalho do enfermeiro na articulação da rede de atenção psicossocial. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, (esp), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190160>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**. 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). 2011a. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 12 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de estudo e pesquisa em saúde coletiva. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2011b. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Núcleo de apoio à saúde da família**. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 16 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 19 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde mental**. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de saúde da família. **Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília, Distrito Federal, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2021.

BRUNOZI, Naipy Abreu; SOUZA, Samanta Silva; SAMPAIO, Cíntia Rosa; MAIER, Suellen Rodrigues de Oliveira; SILVA, Lilian Carla Vieira Gimene; SUDRÉ, Graciano Almeida. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100447&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio. 2021.

CARVALHO, Jessica Liz da Silva; NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400406&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 maio. 2021

CARVALHO NETO, Francisco João. Projeto terapêutico singular: ferramenta de superação do gap terapêutico em saúde mental. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 4, p. 95-99, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4>. Acesso em: 11 out. 2021.

CEZAR, Michelle de Almeida; OLIVEIRA, Maurício Abrantes. Redução de danos: uma experiência na atenção básica. **Mental Barbacena**, v. 11, n. 21, p. 486-500, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2021.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 15 maio. 2021.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no

Brasil. **Seqüência (Florianópolis)**, n. 77, p. 197-220, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>. Acesso em: 12 maio. 2021.

DINIZ, Alexandre Melo. Projeto terapêutico singular na atenção à saúde mental: tecnologias para o sujeito em crise. **SANARE, Sobral**, v.16, n. 1, p. 07-14, jan./jun., 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1088>. Acesso em: 08. set. 2021.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; GALUSCHKA, Thanyze Axel Kjellin. Grupo de saúde mental: um relato de experiência na extensão universitária. **Revista Contexto & Saúde**, vol. 17, n. 33, p. 58, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2017.33.58-65>. Acesso em: 07 set. 2021.

DUARTE, Wellington Bruno Araujo; SILVA, Monica Cibele Felix; ACIOLI, Moab Duarte. Saúde mental infantil na atenção básica: concepções e práticas de profissionais médicos e enfermeiros. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 12, n. 31, p. 287-311, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69784>. Acesso em: 27 out. 2021.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; SEBOLD, Ranizis Aparecida; MATSUKURA, Thelma Simões; CID, Maria Fernanda Barboza. Saúde mental infantojuvenil e atenção básica à saúde: percepções de profissionais sobre as redes estabelecidas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.12, n.31, p.103-119, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69748>. Acesso em: 12 de out. 2021.

FERNANDES, Márcia Astrês; ALMEIDA, Juliana Silva; OLIVEIRA, Évila Karina Cunha; SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa. Processo de enfermagem baseado na teoria do relacionamento interpessoal de Peplau aplicado à esquizofrenia. **Rev Enferm UFPI**, n. 7, v. 3, p. 42-47, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.7342-47>. Acesso em: 12. Out. 2021.

FORTESKI, Rosina; FARIA, Jeovane Gomes. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, abr./jun., 2013. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/169>. Acesso em: 08. set. 2021.

FRANZOI, Mariana André Honorato; LEMOS, Karine Cardoso; JESUS, Cristine Alves Costa; PINHO, Diana Lúcia Moura; KAMADA, Ivone; REIS, Paula Elaine Diniz. Teoria das relações interpessoais de peplau: uma avaliação baseada nos critérios de fawcett. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3653-3661, set., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11140>. Acesso em: 15. maio 2021.

FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; STEFANELLI, Maguida Costa, ARANTES, Evalda Cançado. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

GALINDO, Cristiane; CAMARGO, Flávia Nascimento; BORGES, Luciana Moraes. Políticas públicas na atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In*: OLIVEIRA, Simone Augusta *et al.* (org.). **Saúde da família e da comunidade**. Barueri, São Paulo: Manole, 2017. p. 16-24.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SONRAZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Acesso em: 15 ago. 2021.

GUSSO, Gustavo. Classificação Internacional de Atenção Primária: capturando e ordenando a informação clínica. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 4, p. 1241-1250, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.30922019>. Acesso em: 17 maio 2021.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>. Acesso em: 19 ago. 2021.

LAMB, Paolo Porciúncula; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes; ROGES, Andréa Loureiro; JUNQUEIRA, Cora Coralina dos Santos; NEVES, Robson da Fonseca; BARROS, Sara Virna Alves; ANDRADE, Augusto José Bezerra de. Práticas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções de trabalhadores. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12674>. Acesso em: 29 set. 2021.

LIMA, Aluísio Ferreira; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos; LIMA, Stephanie Caroline Ferreira. Saúde mental e redução de danos na atenção primária: concepções e ações. **Psicol. Estud.**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.44697>. Acesso em: 08 set. 2021.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 29, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>. Acesso em: 30 set. 2021.

LOSSO, Luisa Nuernberg; FREITAS, Sérgio Fernando Torres. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate [online]**, v. 41, p. 171-187, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S313>. Acesso em: 07 set. 2021.

LOURENÇO, Mariana Santos De Giorgio; MATSUKURA, Thelma Simões; CID, Maria Fernanda Barboza. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]**, v. 28, n. 3, p. 809-828, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2026>. Acesso em: 08 set. 2021.

MAIA, Carmen da Conceição Araújo; RODRIGUES, Fernanda Gonçalves; MAIA, Lenira de Araújo. Pelos caminhos do SUS: avanços e perspectivas de uma política. *In*: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro; HORTA, Natália de Cássia. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 3-12.

MARTINS, Rita de Cássia Andrade. Reformas psiquiátricas e o processo de resignificação do trabalho de saúde mental. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 11, n. 2, p. 96-116, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2021.

MATOS, Graciele Silva; KAEFER, Carin Otilia; BITTENCOURT, Zelir. A construção do projeto terapêutico singular na perspectiva da intersetorialidade. **Disciplinarum Scientia.**, v. 19, n. 3, p. 425-447, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2703>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MATOS, Neuza Moreira; BRAZ, Mariana Campos; ALBERNAZ, Emanuelle de Oliveira; SOUSA, Barbara Barbosa de; PINHEIRO, Hudson Azevedo; FERREIRA, Débora Thaís Timóteo. Mediação de conflito: soluções propostas em atendimento a casos de violência contra a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**, v. 24, n. 6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210068>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MELO, Eduardo Alves; MENDOÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate [online]**, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Acesso em: 13 out. 2021.

MICROSOFT EXCEL. **Microsoft office standard**. Versão 2110. 2019.

MIGOTTO, Michele Sbrisa; MEDEIROS, Izabel Scarabelot. Ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe de saúde na atenção básica. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 10, n. 1, fev. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18616/inova.v10i1.3604>. Acesso em: 12 out. 2021.

MIRANDA, Geane Ulian; VIEIRA, Carolina Rocha. Práticas integrativas e complementares como possibilidade de cuidado em saúde mental. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18917>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MORAES, Leila Memória Paiva; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; BRAGA, Violante Augusta Batista. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 228-233, 2006. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200016>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; ALVES, Lana Valéria Clemente; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 3, p. 1163-1172, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>. Acesso em: 30 set. 2021.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; MUSSI, Leila Maria Prates Teixeira; ASSUNÇÃO, Emerson Tadeu Cotrim; NUNES, Claudio Pinto. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 414-430, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/41193/32038>. Acesso em: 15 maio 2021.

NAGEM, Tamiris Esteves; NEGOZIO, Simone Bambini. Do método clínico centrado na pessoa à terapia de família relacional sistêmica: diálogos possíveis. **Nova perspect. sist.**, São Paulo, v. 30, n. 70, p. 64-76, ago. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412021000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2021.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; DOMINGOS, Alessandra Matheus; SILVEIRA, Ana Stella de Azevedo; SANTOS, Jussara Carvalho dos. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 70, n. 5, p. 965-972, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>. Acesso em: 29 set. 2021.

NOGUEIRA, Alyne Leite Gomes; MUNARI, Denize Boutelet; FORTUNA, Cinira Magali; SANTOS, Leidiene Ferreira. Pistas para potencializar grupos na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**, v. 69, n. 5, p. 907-914, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>. Acesso em: 07 set. 2021.

OLIVEIRA, Alynne da Exaltação França; LIMA, Ana Raquel Santiago de; BARRO, Anusca da Silva; SILVEIRA, Flávia Cristina dos Santos Matos; FONTES, Katiene da Costa; SANTOS, Maria de Fátima Dias; PETRIS, Sony Regina. Fundação Estadual de Saúde. **Atenção psicossocial no estado de sergipe: saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do aprendiz. 8. ed. Aracaju: FUNESA, 2011.

OLIVEIRA, Bárbara Siteneski. **No cruzamento entre sistema de justiça e rede de atenção psicossocial (RAPS): estudo sobre a implementação da política de saúde mental**. Dissertação. 130f. (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/224129>. Acesso em: 13 out. 2021.

OZAWA, Maria Gabriela Mota. **Os direitos humanos da pessoa com deficiência mental**. Monografia. 46f. (Bacharel em Direito). Faculdade de Direito de Presidente Prudente, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/Direito/article/view/6922>. Acesso em: 14 out. 2021.

PAULON, Simone Mainieri; LONDERO, Mário Francis Petry. **Saúde mental na Atenção Básica: o pesquisar como cuidado [recurso eletrônico]**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2019. Disponível: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-mental-na-atencao-basica-o-pesquisador-como-cuidado>. Acesso em: 12 ago. 2021.

PEDEN, Ann R.; LAUBHAM, Kaitlin A.; AUTUMN, Wells; STAAL, Jacqueline; RITMANN, Maude. Nurse–Patient Relationship Theories: Hildegard Peplau, Joyce Travelbee, and Ida Jean Orlando. *In*: PARKER, Marilyn E.; Marlaine C. Smith (org.). **Nursing theories and nursing practice**. 3. ed. USA: F. A. Davis Company. 2010. pp. 67-80.

PEPLAU, Hildegard Elizabeth. **Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing**. Palgrave macmillan, 1988.

PEREIRA, Rafaela Miranda Proto; AMORIM, Fábio Ferreira; GONDIM, Maria de Fátima de Novais. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190664>. Acesso em: 13 maio 2021.

PEREIRA, Sarah Salvador; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; GONÇALVES, Angélica Martins de Souza; PROTTI-ZANATTA, Simone Teresinha; MARCHETI, Priscila Maria; ZERBETTO, Sonia Regina. Redução de danos no contexto de substâncias psicoativas: discursos da enfermagem da atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 55, p. 01-08, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0529>. Acesso em: 14 out. 2021.

PINTO, Alice Regina Vasconcelos; SILVA, Neumann De Farias; BENTO, Tânia Maria Alves. Enfermagem em saúde mental: atenção integral aos usuários do sistema único de saúde. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Alagoas**, v. 6, n. 3, p. 200-211, 2021. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/9289>. Acesso em: 10 ago. 2021.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. Acesso em: 16 set. 2021.

ROCHA, Elisiane do Nascimento; LUCENA, Amália de Fátima. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**, v. 39, p. 01-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SANTOS, Aline Brauna; SILVA, Grayceane Gomes da; PEREIRA, Maria Erica Ribeiro; BRITO, Roberta Sampaio de. Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 01-19, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69595>. Acesso em: 13 maio 2021.

SILVA, Jaqueline Ferreira da; MATSUKURA, Thelma Simões; FERIGATO, Sabrina Helena; CID, Maria Fernanda Barboza. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da atenção básica em saúde. **Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 23, p. 01-14, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>. Acesso em: 08 set. 2021.

SILVA, Juscelino Junio Honorato. **As violações aos direitos humanos nos tratamentos psiquiátricos da antiguidade e sua integração na atualidade**. Monografia. 56f. (Bacharel em Direito). UniEvangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/8616>. Acesso em: 14 out. 2021.

SILVA, Laryssa Kellen Pereira; SOUZA, Aline Aparecida Costa de; FIGUEIREDO, Luanne Marcelle Vaz; SOUZA, Poliana Pereira de; SIQUEIRA, Julianny Rodrigues; DIAS, Lucas Silva; REZIO, Larissa de Almeida; BITTENCOURT, Marina Nolli; CASSOL, Linikhennia Silveira Blank. Projeto terapêutico singular no cuidado interprofissional em saúde mental na atenção primária: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 9, n.12, p. 01-23, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.11025>. Acesso em: 11 out. 2021.

SILVA, Priscilla Maria de Castro; COSTA, Nayara Ferreira; BARROS, Dhébora Rhanny Ribeiro Escorel; SILVA-JÚNIOR, José Antonio; SILVA, Josefa Raquel Luciano; BRITO, Tayná Silva. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Rev Cuid.**, v. 10, n. 1, p. 01-12, 2019a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>. Acesso em: 08 set. 2021.

SILVA FILHO, José Adelmo; SILVA, Cícero Rafael Lopes da; MARQUES, Anna Polianna Batista Ferreira; NÓBREGA, Riani Joyce Neves; PINTO, Antônio Germane Alves. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Revista Nursing**, n. 23, v. 262, p. 2628-2641, 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/262/pg21.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

SILVEIRA, Luiza Maria de Oliveira Braga; GRZYBOWSKI, Luciana Suárez; GOMES, Roberta da Silva; PIRES, Gabriela Brito; AZAMBUJA, Thamy de Oliveira; ANDERLE, Fernanda. Grupo de acolhida em saúde mental: a psicologia na atenção básica. **Revista Conexão UEPG**, v.13, n. 2, p. 294-305, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.13.i2.0007>. Acesso em: 07 set. 2021.

SINIBALDI, Bárbara. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.12, n. 2, p. 61-72, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2021.

SOARES, Nayana Santos Arêa. **Política de redução de danos**: conhecimentos, concepções e práticas dos profissionais da estratégia de saúde da família. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/1892>. Acesso em: 08 set. 2021.

SOUZA, Fernanda Érica; RONZANI, Telmo Mota. Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 23, p. 59-68, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23i0.37383>. Acesso em: 08 set. 2021.

TONIN, Carolina Francielle. **Como vai a saúde mental?**: Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica. 105 f. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/206441>. Acesso em: 10 ago. 2021.

UNODC (United Nations Office On Drugs And Crime). **World Drug Report 2019**. United Nations publication, Sales No. E.19, XI.8, 2019. Disponível em: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf. Acesso em: 08 set. 2021.

VARGAS, Divane de; MACIEL, Marjorie Ester Dias; BITTENCOURT, Marina Noll; LENATE, Juliana Sabino; PEREIRA, Caroline Figueira. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no brasil: análise curricular da graduação. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002610016>. Acesso em: 14 out. 2021.

VIDEBECK, Sheila L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

ZEFERINO, Maria Terezinha; CARTANA, Maria do Horto Fontoura; FIALHO, Marcelo Brandt; HUBER, Manoela Ziegler; BERTONCELLO, Katia Cilene Godinho. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery [online]**, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>. Acesso em: 10 out. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

CONHECENDO O PERFIL DOS ENTREVISTADOS

1. Sexo

() Masculino

() Feminino

2. Idade

() 20 a 25 anos

() 25 a 30 anos

() 30 a 40 anos

() 40 a 50 anos

() 50 a 60 anos

() mais de 60 anos

3. Tempo de Formação

() Até 2 anos

() 2 a 5 anos

() 5 a 10 anos

() 10 a 15 anos

() mais de 15 anos

4. Tempo de atuação na Atenção Básica

() Até 2 anos

() 2 a 5 anos

() 5 a 10 anos

() 10 a 15 anos

() mais de 15 anos

5. Possui alguma especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado? Em quê?

() Não

() Sim, _____

QUESTÕES VOLTADAS PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL

1. Você conhece alguma ação/cuidado de saúde mental na atenção primária? Quais?
2. Na sua formação você já teve contato com ações de saúde mental direcionadas à atenção básica? Se sim, como foi esse contato?
3. Fale-me o que você sabe sobre os grupos terapêuticos.
4. Você e a sua equipe executam algum grupo de apoio aos pacientes em sofrimento psíquico? Como esses grupos são organizados?
5. Você conhece alguma ação de prevenção e promoção de saúde mental voltada para o público infanto-juvenil? Quais?
6. Você e sua equipe efetuam alguma ação de prevenção e promoção de saúde mental para o público infanto-juvenil? Como essas ações ocorrem?
7. Quais ações da atenção primária voltadas para usuários alcoolistas e dependentes de outras drogas você conhece?
8. Fale-me sobre as ações direcionadas ao público alcoolista e dependente de outras drogas desenvolvidas na sua unidade.
9. Conte-me o que você conhece sobre a intervenção de Redução de Danos.
10. Quais ações de redução de danos são utilizadas por você e sua equipe em situação de saúde mental na unidade?
11. Como é realizada a referência e contrarreferência dos usuários com transtornos mentais na sua unidade? E o acompanhamento dos mesmos?
12. Como são discutidas as ações de enfermagem em saúde mental entre a sua equipe de enfermagem? Quais as demais ações de saúde mental são desenvolvidas na sua unidade?
13. Por fim, quais as suas considerações diante da organização e efetivação das ações de saúde mental dentro do âmbito da atenção primária?

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O ENVOLVIMENTO DOS ENFERMEIROS DIANTE DA INSERÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado

_____, portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “O envolvimento dos enfermeiros diante da inserção de ações de saúde mental na atenção básica”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O objetivo geral dessa pesquisa é: Avaliar o envolvimento dos enfermeiros diante da inserção das ações de saúde mental na Atenção Básica.
2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará: avaliar como ocorre o envolvimento do enfermeiro diante da implementação das ações

em saúde mental na atenção básica e quais ações estão sendo executadas, pois a partir da detenção desse conhecimento torna-se possível definir a qualidade do serviço prestado ao paciente que se encontra em sofrimento mental, além de fornecer dados para um futuro aperfeiçoamento das práticas já instituídas e a formulação de novas intervenções.

3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros, de ambos os gêneros, inseridos na atenção primária do município em estudo.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: um roteiro de entrevista com 18 perguntas fechadas e abertas, que será desenvolvido pelo pesquisador, com base no Caderno da Atenção Básica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o tempo aproximado para responder a pesquisa será de 20 minutos. Este roteiro de entrevista será validado após aprovação do CEP e subsequente aplicação com dois profissionais com perfil semelhante aos sujeitos da pesquisa que não farão parte da amostra final. Os pontos de atenção primária, onde os enfermeiros atuam, serão apontados pela Secretaria Municipal de Saúde. Serão realizadas três tentativas para a aplicação do roteiro de entrevista no local onde os mesmos desempenham suas atividades, caso não estejam no local ou se recusem a participar da entrevista serão excluídos da pesquisa.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. Para minimizar o risco a entrevista ocorrerá de maneira individualizada, em ambiente privativo e em local onde o entrevistado se sinta confortável, serão preservados o sigilo e anonimato dos participantes, para tal os instrumentos de coleta de dados serão numerados, seguindo-se uma sequência conforme a coleta de dados ocorrer e esse número substituirá o nome do participante, estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis.
6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois como benefícios: pode-se destacar a identificação das ações de saúde mental nos pontos de atenção primária à saúde no município onde será realizado o presente estudo, a avaliação do comprometimento

dos enfermeiros com essas práticas, tornando possível, também, estimar a qualidade dos serviços prestados pela atenção básica ao paciente em sofrimento psíquico. Os resultados deste estudo poderão contribuir como: como subsídio para o desenvolvimento de novas ações de saúde mental no município e aperfeiçoamento das práticas voltadas para o atendimento deste público já instituídas nas unidades, fortalecendo assim o envolvimento dos enfermeiros com as questões de saúde mental no âmbito da atenção primária.

7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir a vontade para continuar. Sabendo-se dos riscos, caso seja necessário, por ocorrer algum dano emocional decorrente da pesquisa em questão, o entrevistado terá ao seu dispor o serviço de psicologia do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) da UNIDAVI, no município de Rio do Sul em Santa Catarina; caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a DIOGO LAURINDO BRASIL responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6000, ou no endereço R. Guilherme Gemballa, 13 – Jardim América, Rio do Sul – SC, 89160-932.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: DIOGO LAURINDO BRASIL, diogolaurindo@unidavi.edu.br ; (47) 3531-6000 e DAVID ANDREY DA SILVA, daaviiid@unidavi.edu.br (47) 9 9230-7169.
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão

mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.

- 13.** Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa, a divulgação dos resultados ocorrerá através da exposição de um banner contendo os resultados da pesquisa na mostra acadêmica do curso de enfermagem realizada na UNIDAVI, ou na apresentação final do Trabalho de Conclusão de Curso em banca aberta ao público, por fim o banner será enviado a Secretaria Municipal de Saúde onde será realizada a pesquisa.
- 14.** Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa. DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

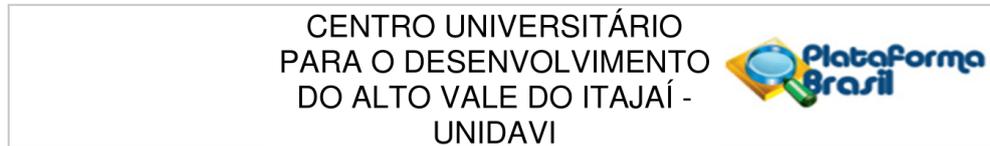
_____, _____ de _____ de 2021.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: DIOGO LAURINDO BRASIL – ENFERMEIRO –
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM Nº 339413. Endereço para contato: R.
Guilherme Gemballa, 13 – Jardim América, Rio do Sul – SC, 89160-932. Telefone
para contato: (47) 3531-6000; E-mail: diogolaurindo@unidavi.edu.br

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa, 13 –
Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para
contato: (47) 3531- 6026. etica@unidavi.edu.br.

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ENVOLVIMENTO DOS ENFERMEIROS DIANTE DA INSERÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: DIOGO LAURINDO BRASIL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47713821.5.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.796.611

Apresentação do Projeto:

A Atenção Básica por permitir que os profissionais de saúde estejam próximos ao dia-a-dia da população, se torna um ponto altamente estratégico ao ofertar cuidados em saúde mental, pois promove o encontro habitual entre profissional-usuário, permite o conhecimento do perfil comunitário em que o paciente está inserido e o fortalecimento do vínculo. O enfermeiro, incluído à equipe multiprofissional, é peça fundamental para a coordenação dessas ações frente ao paciente de saúde mental tanto na parte administrativa ou burocrática quanto na área assistencial. O objetivo geral dessa pesquisa é avaliar o envolvimento dos enfermeiros diante da inserção das ações de saúde mental na Atenção Básica. Para atingir esse propósito será aplicado um roteiro de entrevista com perguntas fechadas e abertas, a enfermeiros, de ambos os gêneros, inseridos na atenção primária do município da pesquisa. O anonimato dos participantes será mantido, a fim de minimizar os riscos de constrangimento dos mesmos. Levando em consideração que o processo de inserção de práticas de saúde mental à Atenção Básica vem acontecendo de forma gradativa e desigual em diversos municípios brasileiros, buscou-se realizar essa pesquisa devido a relevância em avaliar como ocorre o envolvimento dos enfermeiros diante da implementação das ações em saúde mental na atenção básica e quais práticas vem sendo executadas, pois a partir da detenção desse conhecimento torna-se possível estimar a qualidade do serviço prestado ao paciente que se

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13	CEP: 89.160-932
Bairro: JARDIM AMERICA	
UF: SC	Município: RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000	E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.796.611

encontra em sofrimento mental, além de fornecer dados para um futuro aperfeiçoamento das práticas já instituídas e a formulação de novas intervenções.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o envolvimento dos enfermeiros diante da inserção das ações de saúde mental na Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta risco mínimo aos participantes, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos enfermeiros ao responder os itens do roteiro de entrevista. Para minimizar o risco a entrevista ocorrerá de maneira individualizada, em ambiente privativo e em local onde o entrevistado se sinta confortável, serão preservados o sigilo e anonimato dos participantes, para tal os instrumentos de coleta de dados serão numerados, seguindo-se uma sequência conforme a coleta de dados ocorrer e esse número substituirá o nome do participante. Sabendo-se dos riscos, caso seja necessário, por ocorrer algum dano emocional decorrente da pesquisa em questão, o entrevistado terá ao seu dispor o serviço de psicologia do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) da UNIDAVI, no município de Rio do Sul em Santa Catarina. Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a identificação das ações de saúde mental nos pontos de atenção primária à saúde no município onde será realizado o presente estudo, a avaliação do comprometimento dos enfermeiros com essas práticas, tornando possível, também, estimar a qualidade dos serviços prestados pela atenção básica ao paciente em sofrimento psíquico. Desse modo a pesquisa fornecerá dados relevantes que poderão ser utilizados como subsídio para o desenvolvimento de novas ações de saúde mental no município e aperfeiçoamento das práticas voltadas para o atendimento deste público já instituídas nas unidades, fortalecendo assim o envolvimento dos enfermeiros com as questões de saúde mental no âmbito da atenção primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou pendências de lista de inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou pendências de lista de inadequações".

Recomendações:

Manter o anonimato dos participantes no ato da publicação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem restrições éticas.

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6000

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.796.611

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa aprovada sem restrições éticas, apta para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser anexado o relatório final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1764962.pdf	01/06/2021 20:53:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	O_envolvimento_dos_enfermeiros_diante_da_insercao_das_acoes_de_Saude_Mental_na_Atencao_Basica.pdf	01/06/2021 19:42:42	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	01/06/2021 19:39:12	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Outros	AutorizacaoNEAP.pdf	01/06/2021 16:40:34	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/06/2021 15:51:08	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista.pdf	01/06/2021 13:11:25	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Outros	termodeutilizaçãodedados.pdf	01/06/2021 13:08:10	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Outros	termodecompromissodaequipedepesquisa.pdf	01/06/2021 13:07:15	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Outros	termodegravacao.pdf	01/06/2021 13:06:24	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	DeclaracaodaSecretariadeSaude.pdf	31/05/2021 19:13:17	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI



Continuação do Parecer: 4.796.611

RIO DO SUL, 22 de Junho de 2021

Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br