

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA

Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem como
possibilidade de apoio ao enfermeiro no atendimento de saúde mental
na Estratégia de Saúde da Família

RIBEIRÃO PRETO

2023

MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA

Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem como
possibilidade de apoio ao enfermeiro no atendimento de saúde mental
na Estratégia de Saúde da Família

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientador: Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Almeida, Maria Aparecida Sousa Oliveira

Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem como possibilidade de apoio ao enfermeiro no atendimento de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2023.

122 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis

1. Atenção Básica. 2. Consultoria. 3. Enfermagem Psiquiátrica. 4. Saúde Mental.

ALMEIDA, Maria Aparecida Sousa Oliveira

Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem como possibilidade de apoio ao enfermeiro no atendimento de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico essa conquista ao meu pai Geraldo Cajango e a minha mãe Luzia de Oliveira, um lavrador e uma doméstica que batalharam a vida inteira para educar, alimentar e dar estudos aos filhos. Alegro-me em realizar o sonho de vocês, de ter uma doutora na família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo amor e misericórdia que tem me sustentado, a cada dia, pela capacitação, pela sabedoria, pelo privilégio de trilhar caminhos que nunca sonhei e pelas conquistas que nunca imaginei conseguir. A Ti Senhor, toda honra e glória. Não há outro Deus que eu queira servir. Tu és o meu maior amor.

Agradeço a minha família, que apoiou em toda minha caminhada, com muito amor e respeito, fazendo o melhor para me ver feliz e conquistar meus objetivos, sempre, me estimulando a seguir adiante.

Agradeço ao meu esposo José Carlos de Almeida, que se realiza junto comigo nas minhas conquistas, como é bom ver o orgulho que você tem de mim.

A minha filha Deyse Carolini de Almeida, que tem sido minha companheira amiga e ótima filha. Todos os dias tenho aprendido muito com você, tem sido uma companheira para todas as horas, tenho vivido ao seu lado ótimas experiências e você tem sido um exemplo de superação. Alegro-me em poder ver como Deus te livrou da sombra morte e te levantou do vale de ossos secos. Você se tornou uma linda mulher, forte, responsável e especial. Sei que Deus tem grandes planos na sua vida.

Agradeço ao meu filho Carlos Miguel de Almeida, por lutar para conseguir seus objetivos, por estar por perto e realizando meu desejo, de cursar o ensino superior. Você é presente de Deus na minha vida e grandes coisas Ele tem para você.

Agradeço meus irmãos da igreja e do grupo de convivência, pelo apoio e pelas orações. Amigos verdadeiros e valorosos. Em especial, ao pastor Evandro pelo apoio em todos os momentos em que minha família e eu precisamos, inclusive durante o tempo do doutorado e no processo de desenvolvimento da tese.

Agradeço em especial a Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis minha orientadora, que muitas vezes fez o papel de mãe me proporcionando grandiosas oportunidades de crescimento profissional e pessoal. Mulher guerreira, forte e com um coração imenso. Tenho imenso prazer e gratidão por tê-la como orientadora. Nossa convivência desenvolveu em mim admiração, respeito e amor. Não tem palavras que possam expressar a minha gratidão, então o que me resta é pedir em minhas orações que as bênçãos de Deus sejam contigo, todos os dias da sua vida.

Agradeço a todos os colegas do grupo de pesquisa, que em conjunto não mediram esforços para ajudar no desenvolvimento dessa pesquisa o qual me proporcionou aprendizado e satisfação em trabalhar com essa temática. O apoio de todos foi fundamental para meu

crescimento, pois a pesquisa é resultado da soma dos esforços e conhecimentos de cada um para alcançarmos as metas estabelecidas.

Agradeço a Profa. Dra. Alisséia Guimarães Lemes, que tem sido um suporte desde a graduação, sendo mais que uma professora, mais que uma tutora, sim, uma amiga para sempre.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, onde tive privilégio de participar das disciplinas, alargando meu conhecimento. Professores que estão sempre buscando o melhor para o programa e para os alunos.

Agradeço a Gilda Pacheco, secretária do nosso laboratório, pelo carinho e cuidado, durante esses anos, não medindo esforços para nos ajudar.

Agradeço aos enfermeiros, Agentes Comunitário de Saúde e Médicos das ESFs, por participarem da pesquisa, por confiarem em nosso trabalho e na importância dessa temática para os profissionais, usuários e para o nosso município.

Agradeço a agência de fomento pelo auxílio da bolsa acadêmica. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

ALMEIDA, M. A. S. O. **Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem como possibilidade de apoio ao enfermeiro no atendimento de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família** 2023. 122 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2023.

A Consultoria Psiquiátrica de Ligação é uma abordagem holística e um modelo biopsicossocial para atender problemas psíquicos dos clientes, um recurso para apoiar equipes de saúde no tratamento mais efetivo e rápido. Atualmente, estudos promoveram a sua sistematização, resultando num modelo, a Consultoria Psiquiátrica de Ligação proativa, com a especificação das ações que competem a esse nível de atendimento e dos participantes, inclusive o enfermeiro, um membro com atuação relevante. Concomitantemente, surgiu a Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem, uma sub-especialidade de prática avançada de enfermagem psiquiátrica no apoio a enfermeiros no tratamento dos pacientes com demandas em saúde mental. Objetivou-se, identificar o cenário que serviços de Atenção Primária a Saúde, com Estratégia de Saúde da Família apresentam, em termos de demandas de saúde mental e como atuam frente às mesmas, a partir da percepção dos enfermeiros. Constitui um estudo de caso, qualitativo, desenvolvido em 16 serviços, realizado em 2 etapas. A amostra foi de conveniência, participaram 16 enfermeiros, 41 agentes comunitários de saúde e oito médicos (incluídos como colaboradores nas informações). Na última etapa, houve desistência de dois enfermeiros. Para coleta de dados, utilizou-se um instrumento, para identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais (etapa 1 nos enfermeiros e na etapa 2 dos agentes comunitários de saúde e médicos) e a percepção do enfermeiro sobre o atendimento as demandas de saúde mental (etapa 1 e validação na etapa 2). Como resultados, dos participantes do estudo, prevaleceu profissionais do sexo feminino, com faixa etária entre 31 a 50 anos, prevalecendo brancos e pardos, casados e união estável. Segundo autorelato dos profissionais os usuários com demanda de saúde mental eram em sua maioria do sexo feminino, faixa etária de 30 aos 39 anos, com diagnósticos de depressão e ansiedade, seguido de esquizofrenia e tabagismo. Na prescrição de medicamentos predominou, os ansiolíticos e antidepressivos. As principais ações realizadas pelos profissionais foram acolhimento, consultas de enfermagem, visita domiciliar, consulta médica com prioridade na renovação de receitas. Nas ações prevaleceram orientações sobre medicação. Também, os encaminhamentos e palestras realizadas em parcerias, cujos temas enfatizavam doenças mentais. A percepção dos enfermeiros, no atendimento de saúde mental, destacou as dificuldades relacionadas: ao usuário, na abordagem e comunicação, sentimentos que despertava cautela, receio, insegurança, insatisfação, sobrecarga, também destacaram a falta de adesão ao tratamento; na família falta de apoio ao usuário; à equipe, na falta de capacitação; ao serviço, na ausência de um sistema para registrar as ações realizadas de saúde mental. Pouco mencionaram sobre a interlocução entre os serviços de Estratégia de Saúde da Família e especializados. Conclui-se que os enfermeiros pareceram se sensibilizar para as carências no atendimento aos usuários com demandas em saúde mental, evidenciadas no decorrer do desenvolvimento da pesquisa. Frente aos resultados, constatou-se que a presença do apoio de consultoria de saúde mental para a equipe de enfermagem, oferecido por um enfermeiro capacitado nos moldes do sugerido pela Consultoria Psiquiátrica de Ligação proativa, pode ser exequível, e sua ação possibilitaria cuidados de saúde mental mais apropriados e de qualidade aos usuários.

Palavras-chave: Atenção Básica. Consultoria. Enfermagem Psiquiátrica. Saúde Mental.

ABSTRACT

ALMEIDA, M. A. S. O. **Nursing Liaison Psychiatric Consulting as a possibility to support nurses in mental health care in the Family Health Strategy 2023.** 122 p. Thesis (Doctorate in Psychiatric Nursing) – Ribeirão Preto Nursing College of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2023.

The Liaison Psychiatric Consultation is a holistic approach and a biopsychosocial model to attend clients' psychic problems, a resource to support health teams in the most effective and fast treatment. Currently, studies have promoted its systematization, resulting in a model, the Proactive Liaison Psychiatric Consultancy, with the specification of the actions that compete at this level of care and the participants, including the nurse, a member with relevant performance. Concomitantly, the Nursing Liaison Psychiatric Consultancy emerged, a sub-specialty of advanced nursing practice. psychiatric support to nurses in the treatment of patients with mental health demands and how they act against them, based on the nurses' perception. It constitutes a qualitative case study, developed in 16 services, carried out in four stages. The sample consisted of 16 nurses, 41 community health agents and 8 physicians (included as collaborators in the information), who agreed to participate. In the last stage, two nurses dropped out. An instrument was used to identify the sociodemographic profile and the nurse's perception of care for mental health problems and a second instrument built based on previous responses, applied to participating nurses and community health agents and physicians. As a result, the study participants were predominantly female, aged between 31 and 50 years, with a predominance of whites and browns, in the condition of being married and in a stable union. Among users with mental health problems, females predominated, aged between 30 and 39 years, with more frequent diagnoses of depression and anxiety, followed by schizophrenia and smoking. In the prescription of medications, anxiolytics and antidepressants prevailed. The main actions carried out by the professionals were reception, nursing consultations, home visits, medical consultation with priority in renewing prescriptions. In the three actions, guidance on medication prevailed. Also, referrals and lectures held in partnerships, whose themes emphasized mental illness. The perception of nurses in mental health care highlighted the related difficulties: i) to the user, in the approach and communication, feelings that aroused caution, fear, insecurity, dissatisfaction, overload, also highlighted the lack of adherence to treatment; in the family lack of user support; ii) to the team, in the absence of training; iii) the service, in the absence of a system to record the mental health actions carried out. Little was mentioned about the dialogue between the Family Health Strategy and specialized services. It is concluded that the nurses seemed to be aware of the shortcomings in providing care to users with mental health demands, as evidenced during the development of the research. In view of the results, it is considered that the presence of mental health consulting support for the nursing team, offered by a trained nurse in the manner suggested by the Proactive Liaison Psychiatric Consultation, may be feasible, and its action would enable more appropriate and quality mental health care to users.

Keywords: Primary Care. Consultancy. Psychiatric Nursing. Mental health.

RESUMEN

ALMEIDA, M. A. S. O. **La Consulta Psiquiátrica de Enlace de Enfermería como posibilidad de apoyo a los enfermeros en la atención a la salud mental en la Estrategia Salud de la Familia** 2023. 122 p. Tesis (Doctorado en Enfermería Psiquiátrica) – Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2023.

La Consulta Psiquiátrica de Enlace es un enfoque holístico y un modelo biopsicosocial para atender los problemas psíquicos de los clientes, un recurso para apoyar a los equipos de salud en el tratamiento más eficaz y rápido. Actualmente, los estudios han promovido su sistematización, resultando en un modelo, la Consulta Psiquiátrica de Enlace Proactivo, con la especificación de las acciones que compiten en este nivel de atención y de los participantes, incluido el enfermero, miembro con desempeño relevante. Al mismo tiempo, surgió la Consulta Psiquiátrica de Enlace de Enfermería, una subespecialidad de la práctica avanzada de enfermería psiquiátrica para apoyar a las enfermeras en el tratamiento de pacientes con demandas de salud mental. El objetivo del estudio fue identificar el escenario que presentan los servicios de Atención Básica a la Salud con la Estrategia Salud de la Familia, en cuanto a las demandas de salud mental y cómo actúan frente a ellas, a partir de la percepción de los enfermeros. Constituye un estudio de caso cualitativo, desarrollado en 16 servicios, realizado en cuatro etapas. La muestra estuvo conformada por 16 enfermeros, 41 agentes comunitarios de salud y 8 médicos (incluidos como colaboradores en la información), que aceptaron participar. En la última etapa, dos enfermeros desertaron. Se utilizó un instrumento para identificar el perfil sociodemográfico y la percepción del enfermero sobre el cuidado de los problemas de salud mental, y un segundo instrumento, construido a partir de las respuestas anteriores, aplicado a los enfermeros participantes y a los trabajadores comunitarios de salud y médicos. Como resultado, los participantes del estudio fueron predominantemente del sexo femenino, con edad entre 31 y 50 años, con predominio de blancos y pardos, en condición de casados y en unión estable. Entre los usuarios con problemas de salud mental, predominaron los del sexo femenino, con edades entre 30 y 39 años, con diagnósticos más frecuentes de depresión y ansiedad, seguidos de esquizofrenia y tabaquismo. En la prescripción de medicamentos prevalecieron los ansiolíticos y antidepresivos. Las principales acciones realizadas por los profesionales fueron acogida, consultas de enfermería, visitas domiciliarias, consultas médicas con prioridad en la renovación de recetas. En las tres acciones prevaleció la orientación sobre medicación. También, referencias y conferencias realizadas en asociaciones, cuyos temas enfatizaron la enfermedad mental. La percepción de los enfermeros, en el cuidado de la salud mental, destacó las dificultades relacionadas con: i) el usuario, en el abordaje y comunicación, sentimientos que despertaron cautela, miedo, inseguridad, insatisfacción, sobrecarga, también destacó la falta de adherencia al tratamiento; en la familia falta de apoyo al usuario; ii) el equipo, en ausencia de entrenamiento; iii) el servicio, en ausencia de un sistema de registro de las acciones de salud mental realizadas. Poco se mencionó sobre el diálogo entre la Estrategia de Salud de la Familia y los servicios especializados. Se concluye que los enfermeros parecen estar conscientes de las falencias en la atención a los usuarios con demandas de salud mental, evidenciadas durante el desarrollo de la investigación. Frente a los resultados, se considera que la presencia de apoyo en consulta de salud mental para el equipo de enfermería, ofrecido por una enfermera capacitada en la forma sugerida por el La Consulta Psiquiátrica de Enlace Proactivo, puede ser factible, y su actuación permitiría una atención en salud mental más adecuada y de calidad a los usuarios.

Palabras clave: Atención Primaria. Consultoría. Enfermería Psiquiátrica. Salud Mental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distribuição geográfica dos serviços de saúde de Barra do Garças, MT, Brasil.....	31
Esquema 1. Relato dos profissionais Sobre os *Diagnósticos Psiquiátrico definidos dos usuários atendidos na ESF.....	42
Gráfico 1. Relato dos enfermeiros sobre os medicamentos utilizados e prescritos para os usuários da ESF.....	45
Esquema 2. Relato dos profissionais sobre as *ações de SM realizadas na ESF.....	46
Esquema 3. Sobre o acolhimento a partir da percepção dos enfermeiros participantes: forma de atender e forma de se comunicar.....	50
Esquema 4. Relato dos enfermeiros sobre a ação de orientação para encaminhamento dos usuários com problemas de SM, para serviços de saúde especializados.....	53
Esquema 5. Interferências no cuidado: necessidades identificadas nas menções dos enfermeiros	86

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1. Elementos que diferenciam a CPL.....	26
Quadro 2. Função do enfermeiro da CPL proativa.....	27
Quadro 3. Apresentação dos profissionais da ESF participantes do estudo nas diversas etapas.....	33
Quadro 4. Etapas do estudo desenvolvidas nas ESF.....	35
Quadro 5. Formulários de coleta de dados utilizados no estudo.....	36
Tabela 1. Caracterização do perfil dos participantes do estudo segundo sexo, faixa etária, raça, estado civil, formação profissional e tempo de trabalho.....	39
Tabela 2. Distribuição das menções dos participantes sobre os comportamentos/sintomas dos usuários com problemas de SM, atendidos na ESF.....	43
Quadro 6. Distribuição das menções de enfermeiros e ACSs referentes aos conteúdos abordados nas principais ações de SM com usuários e famílias.....	48
Quadro 7. Definições dadas por enfermeiros à ação do acolhimento durante o atendimento.....	49
Quadro 8. Menções dos participante enfermeiro, ASCs e médicos sobre os temas abordados nas palestras.....	52
Quadro 9. Parceiros fora do serviço de ESF e colaboradores nas ações de SM mencionadas pelos profissionais enfermeiros e ACS.	54
Quadro 10. Percepção dos enfermeiros sobre como realizam o atendimento aos usuários com problemas de SM na ESF	55
Quadro 11 - Desafios e dificuldades no atendimento das pessoas com problemas de SM.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BZDs	Benzodiazepínicos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPL	Consultoria Psiquiatria de Ligação
CPLE	Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DBZDs	Novos benzodiazepínicos
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
PCPLE	Programa de Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem
PEC	Prontuário Eletrônico Cidadão
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamento
RAID	Rapid Assessment and Interface Discharge
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMT/CUA	Universidade Federal de Mato Grosso/ Campus Universitário do Araguaia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIOS

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1.A Consultoria Psiquiátrica de Ligação.....	15
1.2.Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem.....	20
2.OBJETIVO.....	29
2.1.Objetivo geral.....	29
2.2.Objetivos específico.....	29
3.MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
3.1.Tipo de pesquisa.....	30
3.2.Cenário da pesquisa.....	31
3.3.Participantes do estudo.....	32
3.4.Procedimento: etapas do estudo.....	33
3.5.Formulários de coleta.....	35
3.6.Aspectos éticos.....	37
3.7.Análise dos dados.....	37
4.RESULTADOS.....	39
5.DISSCUSSÃO.....	57
5.1.Características gerais dos participantes.....	57
5.2.Características dos usuários com demandas de SM atendidos nos serviços de ESF.....	58
5.2.1.Problemas de SM diagnosticados e atendidos pelos profissionais.....	59
5.2.2.Medicamentos utilizados pelos usuários.....	61
5.3.Ações realizadas pelos profissionais de saúde aos usuários com problema de SM.....	65
5.3.1.Consultas de enfermagem, acolhimento e visita domiciliar.....	66
5.3.2.A consulta médica.....	71
5.3.3.Encaminhamentos e registros das ações.....	73
5.3.4.Palestras e parcerias.....	75
5.4.Percepção dos enfermeiros da ESF sobre o atendimento oferecido aos usuários de SM.....	78
5.5.Percepção dos enfermeiros sobre os desafios e dificuldades no atendimento de SM.....	80
5.5.1.Peculiaridades no atendimento aos usuários.....	80
5.6.Possibilidade de incluir a CPLE, nesse cenário.....	85
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE.....	103

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica (RP) Brasileira se deu a partir de uma série de fatores e protagonistas que lutaram pela substituição do modelo asilar, segregador, excludente, reducionista e tutelar, que tinha o hospitalar psiquiátrico como centro de atendimento dos usuários com transtornos mentais, caracterizando o Movimento da Luta Antimanicomial. O ano de 2021 demarcou vinte anos da promulgação da Lei Federal n.10.216/01, (Lei Paulo Delgado), que regulamentou a RP como resultado de um processo iniciado em 1970. Esse movimento, revelou a imperícia e a crueldade do hospital psiquiátrico, no tratamento de pessoas com transtornos mentais (PITTA; GULJOR, 2019).

A RP foi amplamente apoiada por usuários, seus familiares e por profissionais convencidos que o conceito de SM tinha o propósito de garantir os direitos das pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico na sociedade. O movimento da RP, também, teve impacto para a enfermagem, pois, com a previsão de criar diferentes dispositivos de cuidado em SM, abriu o campo de atuação para esses profissionais, além de prever mudanças na forma de cuidar de pessoas com transtorno mental, com impactos diretos em suas ações no tocante ao cuidado em SM (PITTA; GULJOR, 2019).

Com a reforma, houve reestruturação da assistência em SM e os hospitais psiquiátricos foram substituídos por serviços no território nacional. O primeiro desses dispositivos substitutivos aos manicômios, surgiu em 1987 e foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Também foram criados os residenciais terapêuticos, as unidades de acolhimento, os consultórios de rua, os centros de convivência, os leitos reservados em hospitais gerais, dispositivos que serviram como porta de entrada para a ESF, e também para outras opções para o atendimento dos usuários que apresentassem qualquer tipo de sofrimento psíquico, uso abusivo de álcool e outras drogas, necessitando de atendimento específico, que garantisse alternativas de tratamento adequado às suas necessidades, em serviços de SM, respeitando seus direitos, sem limitar sua liberdade (CLEMENTINO et al., 2019, PERES et al., 2022)

Essa política de saúde priorizou a diminuição do tempo de internação, auxílio reabilitação psicossocial aos usuários egressos de internações de longa duração e regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da portaria MS/GM n. 3.088/2011, que legalizou esses serviços e ampliou o lugar de atenção psicossocial em vários componentes e pontos de atenção, caracterizados por serviços de saúde comunitários, inseridos no contexto social e abertos para a comunidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CLEMENTINO et al., 2019).

Com a criação dos CAPS e demais dispositivos de atendimento aos usuários com transtorno mental, a enfermagem foi inserida no contexto assistencial interprofissional, com perspectiva de atuar na reabilitação e cuidado psicossocial, cuja demandas eram específicas e exigiam articulação intersetorial para se adaptar às propostas e políticas fora do manicômio. Na ESF, a enfermagem em SM encontrou um espaço de possibilidades de ação e desafios para planejar e implementar práticas de um novo modelo assistencial em SM, com vistas à ampliação das perspectivas de cuidado, nos componentes da rede, conforme a realidade de cada comunidade e com a finalidade de disseminar suas práticas, no território, articulando-as com os demais dispositivos sociais existentes (PRATA et al., 2017).

Nessa perspectiva, as possibilidades para o avanço da atuação da enfermagem em SM são evidentes, considerando a necessidade da sua presença em todos os dispositivos da RAPS. A formação abrangente do enfermeiro inclui conhecimentos que permitem sua atuação no modelo psicossocial, no qual pressupõe-se que o processo de trabalho seja horizontal com a mesma valorização das práticas de cada um dos profissionais (PERES et al., 2022). Essa perspectiva, parece representar um cenário ideal, todavia, a realidade mantém alguns dos traços observados no antigo modelo de atenção a SM, como por exemplo, a assimetria entre os profissionais e o estigma em relação ao portador de transtorno mental, que ainda se mantém na população, entre os membros da própria equipe de saúde, conforme será verificado em estudos mencionados nesta pesquisa.

1.1. A Consultoria Psiquiátrica de Ligação

Historicamente, a evolução da psiquiatria agregou definições e práticas da medicina e de outras ciências, desenvolvendo, assim, características e processos específicos que a faz diferente das demais especialidades médicas. Separação que, também, podia ser vista na estrutura física, por meio do psiquiatra atuando em instituições isoladas e específicas, como hospitais psiquiátricos. Entretanto, a partir do fim da segunda guerra mundial, houve um forte movimento de aproximação da psiquiatria com os hospitais gerais, na América do Norte. Esse movimento chegou ao Brasil, inicialmente na Bahia, em 1950, tornando-se mais forte, a partir da década de 1980. Esta aproximação, deu origem à Psiquiatria de Consultoria e Ligação, com o foco em prestar cuidados psiquiátricos a usuários internados em enfermarias de outras especialidades e com o objetivo de atender demandas de SM (LÜCKE et al., 2017).

Um exemplar sobre os princípios de psiquiatria e consultoria de ligação, mencionou dois modelos para a atividade de consultoria psiquiátrica: a interconsulta, e a consultoria de

ligação. A interconsulta depende da solicitação de uma área de clínica geral, específica da instituição hospitalar, para atender um usuário com necessidade de atendimento de SM. No caso, a intervenção efetiva é feita pelo próprio solicitante, que será orientado, por meio de um plano de ação, pelo consultor. Quanto à consultoria de ligação, não há necessidade de uma solicitação, pois, a intenção é que o profissional consultor esteja em contato contínuo com os profissionais de outras áreas, por vezes, torna-se parte de uma unidade ou equipe médica ou cirúrgica. Assim, ele mesmo atende ou orienta os outros profissionais no cuidado ao usuário com sintomas psiquiátricos. Na proposta de consultoria de ligação, o consultor exerce atividades formais para ensinar conhecimentos e habilidades básicas aos profissionais que solicitaram a consultoria (RUNDELL; WISE, 1994).

O modelo de atendimento denominado Consultoria Psiquiatria de Ligação (CPL) é também conhecido como psiquiatria de ligação, no Reino Unido e Estados Unidos da América (EUA). Nesses países, foi considerada uma subespecialidade, da psiquiatria de adultos, aplicada aos serviços clínicos que prestam cuidados, na interseção dos cuidados de SM e física. Como exposto anteriormente, a CPL tem o propósito de fornecer os conhecimentos médicos especializados na gestão de doenças em que há sobreposição de cuidados de SM e física. Em nível internacional, essa modalidade foi denominada como psiquiatria de ligação, recebeu a nomenclatura de medicina psicológica e psiquiatria em hospital geral (SHARPE, 2014).

A CPL pode ser descrita como uma abordagem holística ao cliente, um modelo bio-psico-social na administração de tratamentos e cuidados psíquicos. A proposta, inicialmente, hospitalar expandiu-se para Atenção Primária à Saúde (APS), no bojo da reforma psiquiátrica, num esforço de alcançar as demandas de doenças crônicas complexas como as da SM e adições (RANJITH, 2010). Também, foi desenvolvida como um recurso para apoiar os médicos de família na implementação de modelos e diretrizes para tratamento mais efetivo e rápido de usuários, com transtornos de ansiedade e depressivos, em direção à remissão dos sintomas (VAN DER FELTZ-CORNELIS et al., 2006).

Na consultoria psiquiátrica descrita por Caplan (1963), na perspectiva da SM na comunidade, o psiquiatra avaliava o usuário e fornecia ao médico de família um diagnóstico e um plano de tratamento. Posteriormente, o médico de família continuava o tratamento de acordo com as orientações da consultoria. A consultoria psiquiátrica pode ocorrer no local de atendimento psiquiátrico, como verificado em estudos das décadas de 80 e 90 (SMITH; MONSON; RAY, 1986; SMITH; ROST K; KASHNER, 1995), ou no espaço de cuidado primário à saúde, como a ESF, sendo realizada principalmente com a presença de médico de família (VAN MARWIJK et al., 2003; CASTRO; RUDOLPH; AGUILAR, 2013).

Pelas referências apresentadas, observa-se que essa modalidade de trabalho surgiu no hospital, mas também em serviços de comunidade, sendo que as experiências nesse âmbito são mais antigas (CAPLAN, 1963), e caracterizadas por se mostrarem mais inclusivas para pessoas que apresentavam demanda de SM, pois eram moradores de um espaço próximo ao serviço e inclusiva, também, no aspecto de prever a participação de outros profissionais de saúde e pessoas-chaves da comunidade, no cuidado e apoio a essas pessoas.

A consultoria psiquiátrica está inserida em um relacionamento colaborativo mais amplo, no qual outras especialidades, especialmente de enfermagem com formação em SM, desempenham o chamado cuidado colaborativo. Tais modelos colaborativos podem assumir uma variedade de formas, dependendo dos serviços psiquiátricos disponíveis e do grupo-alvo. Considera-se como cuidado colaborativo, quando houver o envolvimento de pelo menos dois ou três profissionais de saúde como, o médico da ESF, o psiquiatra consultor e/ou o gerente de atendimento, para desenvolver ações com foco no cuidado do usuário com transtorno mental (KATON et al, 1997; SARAIVA; ZEPEDA; LIRIA, 2020).

No aspecto da evolução do modelo, em 2019, o conselho da Associação Psiquiátrica Americana de Psiquiatria de Consulta-Liaison com auxílio de um grupo de trabalho desenvolveu um documento de recursos sobre CPL proativa, que foi revisada pelo conselho em julho e aprovada, por esse mesmo conselho, em setembro de 2020. Essa versão foi revisada, na sequência, pelo Conselho de Sistemas de Saúde e Financiamento da Associação Psiquiátrica Americana, em novembro de 2020. Esse documento descreve o contexto histórico e as tendências modernas que deram origem ao modelo de proatividade de CPL (OLDHAM et al., 2021).

O modelo da CPL proativa, como um conjunto que engloba os modelos de cuidados colaborativos em serviços de saúde extra-hospitalares, fornece uma estrutura de prestação de cuidados de SM, no hospital geral, projetada para aprimorar os serviços de SM, para uma diversidade de usuários. Seus elementos incluem: “triagem sistemática para problemas de SM ativos; intervenções proativas personalizadas; e prestação de cuidados em equipe” (OLDHAM et al., 2021). Como novidade ao modelo tradicional baseado no hospital, no modelo da CPL proativa está previsto a integração de cuidados com serviços de APS e suas equipes.

Estudos realizados nos EUA e Reino Unido (SOCKALINGAM et al., 2016; HOUSE et al., 2018) revelaram que a CPL proativa está associada à redução do tempo de permanência do usuário no hospital, melhoria da utilização do serviço psiquiátrico, redução no tempo para obter consulta psiquiátrica e maior satisfação da equipe de enfermagem e provedores dos serviços.

Uma publicação de 2011, relativa à avaliação econômica do serviço Rapid Assessment and Interface Discharge (RAID), em Birmingham, foi fundamental para chamar a atenção dos financiadores dos serviços de saúde no Reino Unido, para o potencial dos serviços de CPL na redução de custos. O estudo indicou que cada uma libra (£1) investida em serviços de CPL permitiria uma economia de quatro libras (£4) para o hospital. Desde então, houve outras iniciativas que reproduziram esse resultado, mostrando o impacto dos serviços de CPL, na economia dos hospitais (HOUSE et al., 2018).

Do exposto, verifica-se, dentre os resultados obtidos na utilização da CPL proativa, que, o mais frequente, é a redução do tempo de internação. Considerando que reduções nos custos diretos e maior rotatividade de usuários são altamente desejáveis para os serviços, esse modelo tem potencial para tornar-se cada vez mais relevante para os sistemas de saúde modernos, principalmente, os de iniciativa privada.

A ênfase nos custos não se originou na contemporaneidade, ela remonta de uma à duas décadas atrás, acompanhando várias mudanças de relevância na prática hospitalar. Especificamente, se observam ao menos cinco mudanças fundamentais no sistema de saúde moderno que contextualizaram os objetivos e o valor do modelo CPL proativa. O propósito dessas mudanças diz respeito à complexidade da medicina atual que dentre outras, exige o trabalho em equipe e a efetividade integrada, para não produzir atrasos e ineficiências no atendimento, estendendo, desnecessariamente, o tempo de permanência do usuário no hospital (OLDHAM et al., 2021).

A primeira mudança refere-se à introdução do Triple Aim, em 2007, pelo Institute for Healthcare Improvement, o qual delineou uma estrutura para atingir um único objetivo com três dimensões, visando “a busca simultânea de melhorar a experiência de atendimento do usuário, melhorar a saúde das populações e reduzir os custos per capita dos cuidados de saúde”. A proposta pretendia que os sistemas de saúde buscassem adotar novos programas e políticas baseadas em dados que enfatizam os consumidores e que atendessem os requisitos de eficácia e eficiência (LEWIS, 2014). Essa pretensão foi atendida, pois, o Triple Aim foi, rapidamente, adotado nos EUA. Entretanto, em poucos anos, surgiu uma outra preocupação, traduzida pelo esgotamento dos profissionais da clínica, levando à proposta de acréscimo de uma quarta dimensão, a melhoria do contexto de trabalho dos profissionais de saúde. (OLDHAM et al., 2021).

Uma pesquisa transversal desenvolvida em dois estágios em (179) hospitais de urgência no Reino Unido, que foi realizada por e-mail e entrevista por telefone, com o objetivo de avaliar o modelo de CPL que era oferecido, encontrou ampla disponibilidade de CPL nos

hospitais, entretanto, a maioria das equipes tinham poucos recursos em comparação com as recomendações público. Observou-se, também, que havia uma falta de coordenação nacional dos serviços. Além disso, foram verificados problemas de adaptação dos locais de atendimento de transtornos com longa duração, fraca adesão aos tratamentos e patologias que não deveriam estar sendo abordadas no âmbito da CPL, devido a sua gravidade. O estudo verificou também, não haver uniformidade sobre horas de cobertura ou expectativa de tempos de resposta (HOUSE et al., 2018).

Os dois estudos, supracitados, mostraram que a inserção de CPL, ao menos em ambiente hospitalar, necessariamente, não facilitava o trabalho das equipes de saúde locais. Pelos resultados, se inferiu que podia haver uma sobrecarga, caso não fossem incorporados novos elementos à equipe, cuja a jornada de trabalho deveria estar melhor estabelecida.

Essa colocação concorda com relato feito por autores de um estudo realizado em serviços de emergências da Irlanda, no qual observaram a ausência de registros eletrônicos dos atendimentos e a dificuldade das equipes clínicas, que muitas vezes lutavam para satisfazer as exigências clínicas dos seus locais de atuação com pouco apoio administrativo, para priorizar o registro de dados, em detrimento da prestação de cuidados clínicos (DOHERTY et al., 2021).

Portanto, não é de se estranhar que nos EUA, ao “Triple Aim”, tenha sido acrescentado uma quarta dimensão em seu objetivo, no intuito de inspirar novas abordagens para melhorar os resultados dos cuidados de saúde tradicionais, ao mesmo tempo em que se considera o bem-estar dos profissionais (OLDHAM et al., 2021)

Como outras mudanças importantes na prestação de serviços de saúde na atualidade, há uma tendência geral na medicina, particularmente, na medicina hospitalar, de incorporar de forma crescente (de 2016 em diante, cerca de dois terços dos programas hospitalares para adultos) a força de trabalho de provedores de prática avançada, que incluem enfermeiros e médicos assistentes, tendência que deve continuar aumentando nos próximos anos. Os modelos de cuidados integrados também ganharam força mundial (nas últimas duas décadas), especificamente, o modelo de cuidados colaborativos, reabilitação e promoção da saúde”. O cuidado integrado refere-se a "reunir insumos, prestar cuidados, gerenciamento e organização de serviços relacionados ao diagnóstico, tratamento, cuidado, reabilitação e promoção da saúde." Nos EUA, a essência do cuidado integrado teve um forte impacto especialmente, na prestação de cuidados de SM, os quais de maneira crescente estão sendo integrados aos cuidados de saúde primários dentro dos mesmos ambientes hospitalares onde se processa o tratamento clínico (OLDHAM et al., 2021)

Talvez o ponto culminante para as tendências já mencionadas e em vigor no sistema

de saúde americano, seja a continuidade, em direção ao cuidado baseado em valor. No cuidado baseado em valor, os médicos e os sistemas de saúde recebem incentivos para alcançar certos resultados de saúde, indicativos de cuidados de alta qualidade. De forma idealizada, tais incentivos são projetados para priorizar o cuidado preventivo em invés do cuidado intensivo e promover a coordenação do cuidado integrado, em detrimento da fragmentação do cuidado que há muito tem sido a regra no sistema de saúde dos EUA (OLDHAM et al., 2021).

Da forma como parece estar colocado, o cuidado baseado em valor, entre seus objetivos esperados, “procura conter os custos de saúde melhorando os resultados, aumentando o valor do cuidado para os usuários, bem como reduzindo o custo geral para os sistemas” (OLDHAM et al., 2021).

Resta saber, se é possível harmonizar todos esses objetivos sem que haja *deficit* no alcance de algum deles, pois como já foi mencionado, houve a necessidade de pensar no ambiente de trabalho da equipe de saúde responsável pelo cuidado, para minimizar o seu desgaste, assim como, os modelos de consultoria psiquiátrica, ao menos em alguns países, não são uniformizados em todas as instituições. Observou-se, também, a carência nos registros dos atendimentos, dentre outros problemas. Assim, pareceu haver a necessidade de uma vigilância dos idealizadores das políticas de saúde e dos gestores que controlam sua aplicação, para que o cuidado baseado em valor não se transformasse apenas numa redução de custos, com a saúde penalizando trabalhadores e usuários.

1.2. Consultoria Psiquiátrica de Ligação de Enfermagem

A consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem (CPLÉ) emergiu da enfermagem psiquiátrica nos anos 1960, no serviço de consultoria de ligação de enfermagem no centro médico da Universidade de Duke. No início de 1970, as universidades de Maryland e Yale formalmente integraram um treinamento de consultoria psiquiátrica de ligação, em seus cursos de graduação. As funções de enfermagem nesse contexto foram criadas para preencher o vácuo entre os cuidados de enfermagem psiquiátrica e de enfermagem médica e cirúrgica nos hospitais em um relacionamento colaborativo (NELSON; SCHILKE, 1976; WAND, 2016).

Outro fator que também contribuiu para o aparecimento da CPLÉ, foi a segunda guerra mundial, nos anos quarenta, pois esse evento ocasionou o aparecimento de correntes inovadoras, no contexto geral da psiquiatria, e de modalidades de intervenção, como a intervenção em crise e a terapia breve, a partir do movimento da SM comunitária, proveniente em parte das experiências dos trabalhadores de psiquiatria que atuaram junto a pessoas que

foram atingidas pelo referido evento. Essas correntes inovadoras influenciaram as tendências sócio-políticas observadas, igualmente, nos anos cinquenta. A abordagem de grupo como praticada nos centros de SM comunitários, e a filosofia de suas equipes, refletiu no enfoque da prevenção primária, secundária e terciária, que influenciaram os pressupostos e técnicas da enfermagem de consultoria e ligação (ROBINSON, 1986; THOMAS et al., 2007).

A enfermagem de consultoria e ligação psiquiátrica desenvolveu-se nos EUA a partir de várias vertentes. O financiamento dos departamentos de psiquiatria em hospitais universitários em 1930, quando a consultoria psiquiátrica de ligação, surgiu como sub-especialidade, patrocinada pela Fundação Rockefeller, que implementou cinco departamentos de psiquiatria de ligação dentro de hospitais gerais. Nos anos subseqüentes para exercer esse papel, o enfermeiro, em geral, demonstrava experiência em SM e em outras especialidades e suas atividades incluíam a avaliação, o diagnóstico e a intervenção de enfermagem, frente ao sofrimento psicossocial manifestado por usuários, familiares ou pela equipe que os atendiam. Nos usuários o cuidado podia ocorrer no âmbito da internação, ambulatório e/ou quando instalados em instituições de cuidados de longo prazo (HAPPELL; SHARROCK, 2001; MINARIK; NEESE, 2002; YAKIMO; KURLOWICZ; MURRAY, 2004).

O papel da CPLE, nos anos sessenta, caracterizou-se por relatos isolados de enfermeiros psiquiátricos que atuavam em tempo parcial, nos serviços de saúde, como supervisores ou como instrutores educacionais e colaboraram, também, avaliando, por meio de programas de ligação existentes e associados a departamentos de psiquiatria médica. Outros relatos, abordaram a introdução de programas de educação para preparar os enfermeiros psiquiátricos de ligação, em nível de mestrado, dado que, haveria uma tendência para entender a prática da CPLE como uma sub-especialização em SM, enfatizando-se, portanto, a criação de programas educacionais com esse foco específico (YAKIMO; KURLOWICZ; MURRAY, 2004; PERES et al.,2022).

No início dos anos setenta as discussões e busca de fundamentação teórica levaram a uma proliferação de trabalhos que abordavam modelos diferentes para a prática, com descrições que situavam o enfermeiro de ligação psiquiátrica na hierarquia do hospital, tanto na prestação de contas, como na função de supervisão. Trata-se de experiências profissionais em diversos tipos de serviços de saúde, com análises sobre a atuação profissional e as situações em que o atendimento era solicitado. (BARTON; KELSO, 1971; WALKER et al, 2018; PERES et al.,2022).

Com o exposto pelos autores referenciados, depreende-se que o exercício da enfermagem, nessa atividade, no âmbito da prática clínica e gerencial do cuidado, requer certas

habilidades: i) no apoio à clínica, consideram que envolve entrevistas, avaliação de enfermagem, aconselhamento e o uso de terapias psicológicas de apoio; ii) na atividade de ligação, enfatizam habilidades como ampliar a transferência de informações dos usuários, cuidadores, familiares para a equipe do hospital (ou outro serviço de saúde).

Percebe-se, a expectativa de que o enfermeiro atue na capacitação técnica dos trabalhadores, e auxilie no reconhecimento e expressão de seus sentimentos, agindo, portanto, como um recurso extra da instituição. Além disso, espera-se que desenvolva instrumentos objetivando identificar a necessidade do trabalho de CPLE, de maneira a dimensionar os recursos humanos necessário e adequar as atividades desenvolvidas às necessidades locais, sejam serviços de internação ou comunitários (WAND et al., 2016; RIBAS et al., 2018).

Nos anos dois mil, a CPLE passou a contribuir como uma sub-especialidade de uma prática avançada de enfermagem psiquiátrica, que se desenvolveu, nas quatro últimas décadas, em resposta ao reconhecimento da área da saúde acerca da importância das inter-relações psicofisiológicas e seu impacto no bem-estar e recuperação de pessoas com doenças (MINARIK; NEESE, 2002; PERES et al., 2022). O que, como foi mencionado anteriormente, os resultados da aplicação da CPL terem mostrado seu impacto na redução dos custos e do tempo de internação do usuário do serviço contribuíram para seu avanço.

O trabalho do enfermeiro, como consultor, foi instituído em países desenvolvidos e ainda se encontra em processo de consolidação em países em desenvolvimento. Nos países em que surgiu como atividade, os estudos (WAND et al., 2016; YAKIMO; KURLOWICZ; MURRAY, 2004) demonstram que o enfermeiro consultor pode facilitar a resolução das questões, menos complexas, relacionadas à SM, possibilitando a identificação de transtornos mentais, com maior acurácia, prestar, cuidados de qualidade, à família do usuário e promover a articulação com os outros serviços de saúde, além, da possibilidade de oferta, de capacitação e supervisão da equipe de enfermagem.

Mais recentemente, nos países desenvolvidos tem havido um crescente interesse na avaliação de serviços clínicos que oferecem a CPL, particularmente, com a crescente eventualidade dos financiamentos em saúde. A sub-especialidade de CPL conecta serviços médicos e psiquiátricos gerais. Esse enfoque duplo criou complexidade para determinar quais devem ser os objetivos e medidas de resultados apropriados para essa modalidade (FOSSEY; PARSONAGE, 2014)

Uma pesquisa realizada no Reino Unido, numa amostra de 195 hospitais de emergências, para verificar a existência de CPL e avaliar seus serviços, evidenciou que 168 instituições tinham serviço de CPL, com atuação de equipe multidisciplinar, na qual havia pelo

menos um psiquiatra de algum nível (residente ou consultor) e um enfermeiro de SM. Em todos, o profissional de enfermagem era parte integrante da equipe e havia 1384 profissionais equivalentes trabalhando em tempo integral junto com os serviços de CPL. Em doze hospitais os serviços CPL eram efetuados apenas por enfermeiros (HOUSE et al., 2018).

Pelos resultados desse estudo citado verifica-se que o enfermeiro está presente em todos os hospitais em que os pesquisadores investigaram a presença de CPL, com níveis diferentes de responsabilidade na sua atuação, desde como elemento principal até membro colaborador da equipe. Ressalva-se que o pessoal de enfermagem e outros equivalentes, sempre estavam presentes em tempo integral. Isso configura o enfermeiro como integrante das equipes como o que tem o contato mais contínuo com os usuários dos serviços.

O trabalho de CPL, em todas as aplicações descritas pelos estudos, foi considerado cuidado colaborativo, sendo a modalidade de atendimento em que pelo menos dois, em cada três profissionais (médico de família, consultor psiquiátrico e responsável pelo cuidado) estejam envolvidos no tratamento do usuário do serviço (KATON et al, 1995).

Argumentos de autores de estudos (RANJITH, 2010; WAND et al., 2016) destacam que os serviços do CPL variam consideravelmente em estrutura física, profissionais envolvidos, necessidades da população local, localização geográfica e escopo das atividades desenvolvidas, muitas das quais, não se encaixam perfeitamente, às funções típicas dos serviços de saúde como um todo ou na especialidade mental.

No Brasil, destaca-se a iniciativa de um projeto de implantação da CPLE em hospital em 2006, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que se originou do próprio serviço de enfermagem psiquiátrica, consolidado na instituição em 1997. A CPLE foi criada para atender a uma demanda institucional, referente à necessidade de qualificar o atendimento em SM de usuários internados nesse hospital. A necessidade se apresentava de duas formas: o apoio a usuários com transtornos psiquiátricos internados para tratamento de outras situações (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, entre outras), que, frente ao estresse causado pelo o adoecimento e internação, desenvolviam sintomas psiquiátricos agudos; e o apoio a usuários internados na instituição que, secundariamente à doença clínica, desenvolviam transtornos ou sintomas psiquiátricos (quadros depressão, psicose, agitação, dentre outros). Essa consultoria era realizada por duas enfermeiras que dedicavam seis horas semanais, distribuídas em quatro turnos, além da supervisão e acompanhamento de uma docente de SM de uma instituição universitária federal (THOMAS et al., 2007).

Essa experiência relatada pelas autoras do projeto, culmina com a sua constatação de que a CPLE, no hospital, é viável como um dispositivo institucional para identificar demandas

de SM, além de viabilizar a construção de parcerias no atendimento das suas especificidades, que podem estar presente no cotidiano do cuidado dos usuários internados em hospitais gerais.

Também no Brasil, em Ribeirão Preto (um município do interior do estado de São Paulo), no início dos anos dois mil, profissionais vinculados a cursos de medicina e enfermagem de uma universidade pública iniciaram atividades em serviços de APS com ESF ligadas à mesma universidade. Essa experiência enquanto um modelo de CPLE, foi apresentada às equipes locais e divulgada em eventos técnicos de saúde (Secretaria do Estado de São Paulo) e em eventos científicos. O trabalho com as equipes visava apoiar seus membros no manejo de situações envolvendo problemas psicossociais e/ou transtornos mentais (ZANETTI et al., 2012).

Essa iniciativa seguiu as diretrizes do apoio matricial ou também denominado como matriciamento, pautado no vínculo terapêutico, na prática terapêutica no território, na singularidade do indivíduo, nas dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais de ações para a promoção de SM. O matriciamento é também uma estratégia de gestão para construir uma rede ampla de cuidados em SM, substituindo a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da co-responsabilização. Além disso, propõe-se ampliar a resolubilidade na assistência em SM na atenção primária. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; SIMÃO; VARGAS; PEREIRA, 2022).

A experiência de atuação (ensino e pesquisa) na APS, mostrou que os profissionais das equipes carecem de capacitação e têm pouca familiaridade para desenvolver ações em SM e encontram obstáculos, que vão do individual ao organizacional, no desenvolvimento de ações que se estendam ao espaço comunitário. Fato que sinalizou a necessidade de manter a proximidade de grupos especializados em SM da universidade com equipes de saúde da família, para a realização de trabalho colaborativo, com foco na melhoria da qualidade das ações de SM realizadas no âmbito comunitário, familiar e individual (ZANETTI et al., 2012; ESTEVAM et al., 2020).

A atividade de consultoria e ligação confirmou-se como estratégia educativa, com vistas a ampliar a capacidade técnica das equipes no atendimento das demandas de SM, e consolidou-se como um espaço de aprendizado mútuo em que especialistas e trabalhadores da ESF puderam compartilhar experiências e conhecimentos que ampliaram sua visão sobre o usuário com necessidades de SM, na comunidade (RIBAS et al., 2018).

Foi verificado que é urgente a ampliação do número de atividades que articulem as ações de SM com a ESF, como a CPLE, a fim de promover um aumento da sensibilização das equipes para as demandas de SM na ESF e consolidação da integralidade da atenção. Além

disso, tal atividade mostrou ter potencial para promover a interdisciplinaridade no trabalho cotidiano.

Há evidências de que os profissionais da ESF, envolvidos no trabalho assistencial, consideram as atividades de consultoria e ligação como essenciais, tanto para as demandas específicas de SM (os transtornos mentais e suas manifestações), quanto para as situações de vulnerabilidade social. Os achados nos estudos destacam (LUCCHESI et al., 2009; BARRETO; OLSHOVSKY, 2010; DORSA; ONOCKO, 2009; OLIVEIRA et al., 2020) que a CPLE proporciona efeitos que transcendem os aspectos culturalmente considerados biológicos e/ou psiquiátricos e corroboram com a ênfase dada ao caráter psicossocial, que o apoio matricial pode assumir.

Nessa perspectiva, algumas características foram atribuídas à prática da SM na atenção primária, entre elas: i) assegurar o bem-estar da comunidade e do indivíduo; ii) privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; iii) alocar os programas de SM em diferentes serviços de atenção primária, formando uma rede de suporte e cuidados; iv) e por fim, utilizar novas estratégias de abordagem em saúde (INPES, 2007).

Com o trabalho colaborativo, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, acolhidas pelas equipes locais e grupos de apoio da comunidade, de demandas que exigem uma atenção especializada da SM, oferecidas na própria unidade através de consultoria ou pelo CAPS da região de abrangência, de acordo com o risco e a gravidade do caso.

O trabalho em rede possibilita promover a equidade e o acesso, garantindo níveis terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Dessa forma, favorece a construção de novos arranjos de atenção, tais como a CPLE, em resposta às diferentes necessidades dos usuários e o nível de articulação entre os profissionais, para formular projetos terapêuticos planejados para cada indivíduo ou situação específica (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; OLIVEIRA et al., 2019; SANTOS; CUNHA; CERQUEIRA, 2020).

Tanto nível internacional quanto no nacional, a CPL constitui uma especialidade relativamente nova, embora, na última década, tenha havido um desenvolvimento crescente com a investigação baseada em evidências, no âmbito dos serviços que possuem essa modalidade de atendimento, com o objetivo de quantificar a atividade e as melhores práticas dos serviços de CPL e de definir as necessidades de aprimoramento e adequações aos locais, bem como as diretrizes científicas futuras.

A ênfase, mais recente, na CPL proativa é um exemplo do processo de evolução da

CPL original, que foi uma estratégia que surgiu do cotidiano do trabalho, no intuito de melhorar a assistência de uma determinada população. Inicialmente, recebeu apoio para atuar junto a pessoas internadas em hospitais para atendimento clínico geral, embora tenham sido descritas experiências em serviços comunitários, o que fez surgir seu foco na prevenção. Entretanto, o ponto comum dessas experiências foi a abordagem multidisciplinar.

Ao longo do tempo e com a criação de serviços de CPL, em vários países e locais, a adaptação do seu fazer tornou-se necessária. A observação dos financiadores do setor saúde de que a aplicação dessa abordagem se revertia em ganhos, em vários níveis (financeiro, qualidade da prestação dos serviços, redução no tempo de internação e/ou tratamento), impulsionou a CPL para a evolução de sua sistematização e das formas de registro das atividades realizadas pelas equipes envolvidas.

Num estudo que descreveu o contexto histórico da evolução da CPL original, os autores identificaram os diversos momentos pelos quais a CPL passou e pontuaram os principais aspectos que deram origem a nova versão dessa abordagem, destacando os pontos principais que a definiram como “CPL proativa” (OLDHAM et al., 2021).

Quadro 1. Elementos que diferenciam a CPL

Elementos de CPL tradicional	Elementos de CPL proativa
<ul style="list-style-type: none"> -Abordagem na população; -Foco na prevenção; -Equipe de trabalho multidisciplinares; -Integração entre especialidades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Triagem sistemática centralizada em demandas ativas referentes à SM; -Intervenção proativa adaptada às necessidades clinicamente prioritárias; -Abordagem baseada em equipe interdisciplinar que atende às necessidades exclusivas dos usuários; -Prestação de cuidados integrados em tempo real por meio de parceria clínica com equipes primárias.

Fonte: Oldham et al. (2021).

No quadro acima, estão representados os elementos que diferenciam a CPL original da CPL proativa. Pode-se observar que na CPL proativa, a atividade de triagem tem uma grande relevância, pois se constitui como início do processo. Na sequência, a intervenção centraliza-se nos problemas indetificados como clinicamente relevantes que não podem ser resolvidos pela equipe local, sem apoio especializado. O terceiro ponto, é que os membros dessa equipe de consultoria focalizam suas ações apenas nos usuários e finalizam suas ações com os cuidados integrados, em tempo real, por meio de parcerias com equipes de serviços de atenção primária.

Embora se preconize o trabalho em equipe, parece haver múltiplos fatores que dificultam a integração dos profissionais, no sentido de evitar a fragmentação do cuidado

dentro e entre as equipes. O modelo de CPL proativa incorpora trabalho em equipe em dois níveis: a colaboração dentro de uma equipe multidisciplinar de consultoria e a colaboração entre seus membros e as equipes médica e de enfermagem dos serviços onde atuam (OLDHAM et al., 2021).

Os instrumentos para triagem construídos com foco na observação e avaliação do estado mental, do comportamental com sinais e sintomas discretos do usuário e em indicadores de adesão ao tratamento mostraram-se, aparentemente, mais valiosos que aqueles que se concentraram apenas em sintomas psiquiátricos e na detecção de problemas de SM visando o diagnóstico psiquiátrico e a atenção especializada imediata. A triagem deve ser sistemática, ocorrer o mais cedo possível e usar uma abordagem padronizada para adquirir confiabilidade. (OLDHAM et al., 2021)

Esse modelo foi testado no hospital americano (Yale-New Haven Hospital), por um membro da equipe de consultoria, normalmente uma enfermeira ou assistente social, responsável pela revisão dos prontuários, das admissões, com a utilização de um instrumento configurado especificamente para a busca de evidências de comorbidade psiquiátrica. Na sequência, uma outra etapa de revisão determina quais usuários necessitam de uma intervenção especializada de SM. O consultor faz a revisão dos usuários triados, com enfermeiros designados ou com gerentes de enfermagem, o que auxilia a identificar as inquietações relacionadas ao usuário que motivaram a solicitação de consultoria, pois a equipe de enfermagem é a que passa mais tempo com os usuários. Recomenda-se que essa atividade seja feita num único turno, deixando os momentos subsequentes para serem discutida, em equipe, as prioridades identificadas (OLDHAM et al., 2021).

Os estudos analisados pela revisão mencionada, permitiram aos autores identificar as ações de enfermagem fundamentadas na CPL proativa, que são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 2. Função do enfermeiro da CPL proativa.

Membro da equipe da CPL proativa	Função
Enfermeira psiquiátrica ou com conhecimento especializado na área	<ul style="list-style-type: none"> -Principal membro de interlocução com equipes de serviços de APS; -Executor das consultas de triagem; -Colaborador no processo; -Supervisor do fluxo de trabalho diário; -Gestor do desenvolvimento de planos de cuidados de enfermagem na abordagem ao usuário; -Executor de consultas de enfermagem formalizadas.

Fonte: Oldham et al.(2021).

Verifica-se no resumo de atividades que o enfermeiro tem um papel de destaque na identificação dos problemas de SM dos usuários, por meio da realização e acompanhamento do processo de triagem, que, como já mencionado anteriormente, é executada em parceria com as equipes de enfermagem e de saúde dos serviços locais. Certamente, por esse motivo o enfermeiro é considerado o “profissional chave” na interlocução com os serviços de APS, lotados na comunidade de onde provêm os usuários, sejam eles clientes de hospitais, ambulatorios ou outros serviços comunitários. Também é prevista a atividade de consulta formalizada que no Brasil se traduz na consulta de enfermagem, evidenciando a relevância do profissional enfermeiro e sua capacidade gerencial destacada no registro da ação de gestor do fluxo de trabalho e no desenvolvimento de planos de cuidados elaborados para cada um dos usuários identificados com problemas de SM.

Desse material exposto, percebe-se que esses avanços na CPL proativa, ao atribuírem um protagonismo maior ao enfermeiro, com conhecimento na área de SM, como um consultor nessa especialidade, consolidam sua participação como uma possibilidade concreta, já que esse papel tem sido desempenhado em outros países e inclusive no Brasil, embora de forma incipiente.

A CPLE tal como praticada em outros países, certamente não se adapta à realidade brasileira, ainda mais que o sistema de saúde local tem suas peculiaridades. Há de se considerar as políticas públicas de saúde vigentes no país e o número limitado de enfermeiros para atuar na APS com alguma capacitação para planejar ações em SM. Há de se considerar, ainda, que o atendimento aos quadros característicos frequentes e outras alterações psicossociais que causam formas de sofrimento mental na comunidade, podem e devem ser conduzidos por profissionais dos serviços de APS, pois eles detem um conhecimento maior da população sob sua responsabilidade. As modalidades de consultoria especializada, neste caso a CPLE, podem mostrar-se efetivas e serem de custo menor para os gestores públicos, além de diminuir o estigma para as pessoas com transtornos ou outras formas de sofrimento mental por estarem sendo tratadas no seu espaço de residência (MINOLETTI et al., 2012; WAND et al. 2016).

Cabe perguntar quais as condições que os serviços de saúde, no caso os de APS e suas equipes apresentam para lidar com os usuários de SM e se teriam disponibilidade para absorver um enfermeiro consultor? No presente estudo espera-se obter elementos que permitam delinear o cenário que alguns serviços de APS com ESF oferecem em termos da ocorrência de demandas de SM, nos seus locais de abrangência, e como atuam frente às mesmas.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo geral

Identificar o cenário que serviços de APS com ESF apresentam em termos de demandas de SM e como atuam frente às mesmas, a partir da percepção dos enfermeiros.

2.2. Objetivos específico

Identificar e caracterizar os problemas de SM atendidos pelos profissionais da ESF;

Identificar as atividades/ações de SM realizadas e seus parceiros (profissionais de saúde da equipe e outros) e as dificuldades apontadas;

Identificar possibilidades para implantar um programa de Programa de consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem (PCPLE), para apoiar enfermeiros na atenção primária à saúde.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, realizado com abordagem qualitativa. Embora essa modalidade tenha como o foco central o significado de ações sociais, pode ancorar-se em diversas bases disciplinares, metodológicas e paradigmáticas formando um conjunto de atividades interpretativas, que podem incluir conflitos e tensões. No campo da ciência social, essa abordagem se aplica na realização de estudos de instituições, grupos, movimentos sociais e conjuntos de interações de pessoas. Embora, existam diferentes estratégias metodológicas o objetivo em geral, é compreender as relações, visões e julgamentos dos envolvidos, por exemplo, nas intervenções que participam (DESLANDE; GOMES; MINAYO, 2007).

O caso pode ser uma organização ou comunidade, sendo aplicado ao estudo de fenômenos variados, bairros de uma cidade, fábricas, hospitais, assim como interações entre bairros periféricos, políticas locais e situações de contravenção. Também podem ser realizados estudos de casos individuais, sobretudo na forma de história de vida (BECKER, 1994).

O propósito do estudo de caso é alcançar uma compreensão, mais ampla, do grupo em estudo e tem um propósito duplo. Por um lado, atingir uma compreensão abrangente do grupo em estudo: quem são seus membros? Quais são suas modalidades de atividade e interação? Como é as relações umas com as outras? E como o grupo se relaciona com os outros envolvidos no seu contexto. Por outro, tenta desenvolver colocações teóricas sobre o processo e as estruturas sociais envolvidas. O estudo de caso deve incluir a previsão de que lidará com ampla variedade de problemas ou questões teóricas e descritivas. Contudo, é utópico supor que tudo será percebido, descrito e descoberto. Em geral, o pesquisador acaba se concentrando em alguns aspectos, que parecem ser de maior relevância para a sua pesquisa (BECKER, 1994).

Nesse tipo de estudo é importante indicar a variedade de problemas/questões encontrados no material proveniente dos procedimentos utilizados, praticados durante um período de tempo. A análise dos dados ocorre de forma sequencial, ou seja, não há necessidade de terminar toda a coleta de dados e pode ocorrer de forma paralela, assim o resultado de uma análise anterior pode ser utilizado nos outros estágios de coleta de dados, com isso, outros dados podem surgir nas diferentes etapas da pesquisa, complementando as informações anteriores (BECKER, 1994). Essa forma de proceder foi praticada no desenvolvimento da presente pesquisa.

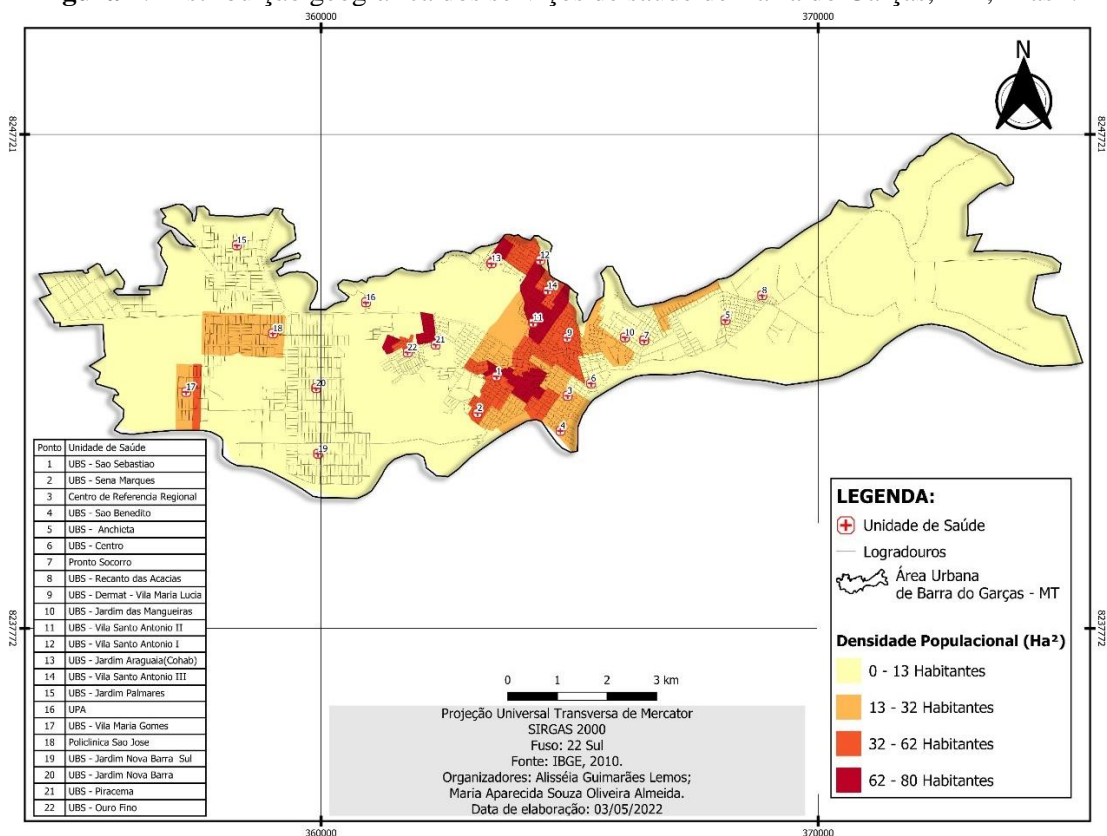
3.2. Cenário da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido nas unidades de ESF que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no município de Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil. O município, acima referido, possui uma população de 61.135 habitantes (IBGE, 2022). De acordo com os dados levantados com gestores do SUS, neste município, existem 23 unidades de ESF (19 urbanas e 04 rurais), que atendem entre 3.000 a 4.000 usuários, cada.

A equipe de saúde das ESF é composta por um médico generalista ou especialista em saúde da família, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar ou técnico em saúde bucal, totalizando nove profissionais de saúde. Neste estudo foi incluído, para seleção da amostra, os profissionais que atuam nas ESF urbanas.

Atualmente, as unidades de saúde do município foram demarcadas e distribuídas nas áreas geográficas (Figura 1), por membros do grupo de pesquisa em SM da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA), grupo este, em que a pesquisadora em questão, faz parte da equipe como membro voluntário.

Figura 1. Distribuição geográfica dos serviços de saúde de Barra do Garças, MT, Brasil.



Fonte: Grupo de pesquisa em SM da (UFMT/CUA)

3.3. Participantes do estudo

Os enfermeiros (as) foram a população alvo desse estudo. Os agentes comunitários de saúde (ACSs) e os médicos foram incluídos a partir da segunda etapa, quando foi realizada a segunda coleta de dados, para completar informações obtidas com os participantes alvo do estudo. Todos esses profissionais atuam nas ESF localizadas na área urbana.

Foram realizados testes pilotos com três enfermeiros de outro serviço, no município vizinho, que foram convidados e aceitaram responder o formulário, que foi enviado pelo *WhatsApp* dos participantes, contato que foi disponibilizado por profissional da Atenção Básica (AB), do determinado município.

Para diminuir a possibilidade de viés na seleção da mostra, foi prevista a realização do estudo com a população total após ter aplicado os critérios de inclusão e exclusão cuja amostragem foi por conveniência não probabilística (MEISTER; FREITAG, 2018; MOORE, 2000), em que todos os profissionais, que aceitaram e que atenderam os critérios definidos, foram convidados a participar do estudo, inclusive os médicos e os ACSs, que participaram do estudo em etapas posteriores.

Os critérios de inclusão foram: i) serem profissionais que atuam na ESF no mínimo de seis meses no serviço atual; ii) estar atuando no momento da coleta; iii) não ter recebido nenhum tipo de consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem.

Os critérios de exclusão foram: i) serem profissionais que atuam em ESF rural; ii) os profissionais que não forem localizados, em até três tentativas, ou que se encontrem em licença de saúde, maternidade, férias, licença prêmio ou outras licenças no período de coleta de dados.

Para assegurar o sigilo dos participantes, os mesmos não foram identificados pelos nomes e nem pelo serviço que atuam. Os contatos com os enfermeiros foram iniciados em novembro de 2021.

Do total inicial de 19 enfermeiros, foram excluídos três participantes, que estavam afastados do serviço no período permanecendo 16 enfermeiros, que aceitaram participar desse estudo e da primeira coleta de dados. Na segunda etapa do estudo foram incluídos ACSs e médicos, na segunda coleta de dados para ampliar o volume de informações. Participaram de forma presencial 41 ACSs, de um total estimado de 76 profissionais, e oito médicos, de um total de 19. Foram excluídos aqueles que não atenderam os critérios de inclusão ou não aceitaram participar. Na segunda coleta de dados houve perda de dois participante enfermeiros da primeira coleta.

O total de participantes, que aceitaram participar do estudo, estão demonstrados no

quadro 3, de acordo com cada etapa.

Quadro 3. Apresentação dos profissionais da ESF participantes do estudo nas diversas etapas.

Etapa de participação	Profissionais	Profissionais convidado	Profissionais participantes
Teste piloto	Piloto *Enfermeiros	3	3
1º etapa	Enfermeiros	19	16
2º etapa	ACS	76	41
	Médicos	19	8
	Enfermeiros	16	14

Fonte: próprio autor. (*não foram incluídos no estudo)

3.4. Procedimento: etapas do estudo

No primeiro momento, a pesquisadora entrou em contato com a Secretária Municipal de Saúde (SMS) do município de Barra do Garças/MT, para esclarecer sobre o estudo e obter assinatura do termo de consentimento do pelo secretário da saúde e pela coordenadora da AB para aprovação e desenvolvimento do estudo nas ESF (Apêndice B) e para obter com a coordenadora da AB a lista com os dados, contatos de e-mail e *WhatsApp*, de todos os profissionais que atuam na ESF.

Na primeira etapa, com a lista com dados dos profissionais, a pesquisadora entrou em contato para indentificação dos enfermeiros das ESF urbana, o que ocorreu pelo *WhatsApp*, por meio de ligações individuais, fez o convite para que participassem do estudo e agendou um próximo momento, que ocorreu, de forma online, por vídeo chamada no *WhatsApp*, por conta do cenário sanitário que o município vivenciava, devido a infecção da COVID-19, respeitando a restrição social estipulada pela SMS.

Após a indentificação da pesquisadora e explanação do estudo foi realizado um momento para sanar as dúvidas dos participantes, e em estado de acordo para participar do estudo, o posterior envio do TCLE, para o e-mail individual, de cada participante. O TCLE foi considerado assinado, quando houve devolutiva do e-mail relatando ciência e concordância na participação. Em seguida, foi enviado o link da plataforma *Survey Monkey*, contendo o formulário. A pesquisadora também deixou disponível para os participantes seu contato telefônico e e-mail, caso tivessem algum problema para acesar a plataforma, dúvidas quanto ao preenchimento do formulário ou necessitassem de mais tempo para realizarem o acesso.

Para a análise dos dados do primeiro formulário, foi realizado o recolhimento dos

formulários na plataforma *Survey Monkey*. Com esse material foi montado um banco de dados no Microsoft Excel, onde foi feita a análise preliminar dos dados obtidos, por meio das respostas dadas pelos enfermeiros.

Na segunda etapa, no intuito de ampliar informações, foram incluídos outros agentes dos serviços, (ACS e médicos). A pesquisadora foi em cada unidade e realizou o convite pessoalmente, agendou com cada profissional que aceitou participar dessa etapa uma data e horário, de escolha do participante, na própria unidade, onde foram feitas as orientações e esclarecimentos de dúvidas, mediante a concordância dos participantes com a assinatura do TCLE, e a entrega do formulário para responderem, sendo disponibilizado um período de 72 horas para devolução, para a pesquisadora (Apêndice C).

Nessa mesma etapa, a pesquisadora entrou novamente em contato com os enfermeiros participantes, para a aplicação do formulário com perguntas fechadas e abertas, que foi elaborado com base em suas respostas anteriores, visando obter informações complementares e ter a concordância sobre as informações obtidas na etapa anterior, e ainda oportunizar que estes pudessem fazer algum acréscimo necessário. Para isso, foi feita uma explanação dos dados obtidos, em etapa prévia, seguida da aplicação do referido formulário.

Nesse encontro presencial, a pesquisadora observou as interações dos profissionais uns com os outros e como eram realizados as anotações das ações referente à SM, no sistema de registros. Foi verificado que o sistema somente permite registrar o tipo de ação (palestras, consultas de enfermagem, visitas domiciliares), sem possibilitar especificar o detalhamento do conteúdo (apenas informações como saúde da mulher, SM, saúde do homem, entre outros). O desenvolvimento do estudo ocorreu a partir de outubro de 2021 a dezembro de 2022 em sequência em cada um dos serviços ESF. Conforme demonstrado no quadro 4 abaixo.

Quadro 4. Etapas do estudo desenvolvidas nas ESF.

Etapa do estudo	Participante	Procedimentos	Objetivo da etapa
Contato inicial (1 mes)	Secretário da saúde e coordenadora da AB	Apresentação do projeto e autorização	Aprovação da SMS, para realizar a pesquisa; assinatura do termo de consentimento (TCLE) da SMS Obter a lista e contatos dos profissionais.
teste piloto (1 mes)	Enfermeiros	Assinatura do TCLE e aplicação do teste piloto	Refinar o instrumento em outro município. (formulário 1)
1ª Etapa (2 meses)	Enfermeiro	Assinatura do TCLE e aplicação do formulário - 1	Identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros; Levantar demandas de SM; identificar o perfil dos usuários atendidos com demandas de saúde mental, estrutura e dinâmica do atendimento, percepção dos profissionais sobre a demanda de SM atendida; atividades/ações de SM executadas na ESF e seus desfechos.
Análise preliminar 3 meses			Leitura do material obtido do formulários; agrupamento do material conforme temas que atendiam os objetivos do estudo; elaboração de inferências sobre os temas expostos: análise preliminar.
2ª Etapa 2 meses	Enfermeiro ACS Médico	Assinatura do TCLE e aplicação do formulário - 2	Obter informações complementares com novos participantes, ter concordância dos enfermeiros sobre as informações coletadas na etapa 1.
Análise final 3 meses			Ordenação, classificação e análise final do material da primeira e segunda coleta.
Redação final 2 meses			

Fonte: próprio autor.

3.5. Formulários de coleta

A coleta de dados ocorreu a partir do preenchimento dos formulários semiestruturado, que foram elaborados pela pesquisadora, conforme disposto no quadro 5.

Quadro 5. Formulários de coleta de dados utilizados no estudo

Formulario de coleta de dados
- Formulário - 1 semiestruturado dividido em três seções (apenas aos enfermeiros): a) identificar perfil sociodemográfico dos enfermeiros e sua percepção sobre a existência de atendimento a usuários em decorrência de problemas de SM nas ESF; b) roteiro para levantamento do perfil dos usuários atendidos em decorrência de algum tipo de cuidado em saúde em SM nas ESF; c) roteiro para levantamento das ações de SM executadas pelos profissionais nas ESF.
- Formulário - 2 - semiestruturado com quatro seções: para os enfermeiros que participaram da primeira etapa confirmarem o que haviam exposto e/ou fazerem acréscimos; para os médicos e ACSs colaborarem com as informações obtidas anteriormente com os enfermeiros. a) identificar perfil sociodemográfico dos participantes; b) atendimento de demanda de SM nas ESF; c) identificar ações de SM; d) aspecto da profissão no atendimento das pessoas com demandas de SM.

Fonte: próprio autor.

Os formulários que foram utilizados para coletar os dados foram elaborados e aplicados pela pesquisadora, nas ESF em dias e horários agendados, em comum acordo com os profissionais. A aplicação do primeiro formulário ocorreu de forma online, devido às restrições sanitárias, em vigor, no momento da coleta.

O primeiro instrumento utilizado, trata-se de um formulário semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas distribuídas em três seções, disponibilizado online, com a finalidade de identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros e sua percepção sobre a existência de atendimento aos usuários, em decorrência de problemas de SM no serviço, e coletar informações quanto o perfil dos usuários: diagnóstico ou hipótese diagnóstica recebida pelo usuário; tratamento recebido; e encaminhamentos para serviço especializado em SM e as ações de SM executadas pelos profissionais nas ESF. Aos profissionais, foram disponibilizados sete dias para acesso dos à plataforma, no entanto, a pedido dos enfermeiros, foi necessário estender o prazo para quinze dias, a fim de alcançar maior número de participantes.

A aplicação do segundo formulário, contendo apresentação dos dados obtidos na etapa anterior, ocorreu de forma individual. Foi entregue aos profissionais, o formulário, em um envelope pardo e sem identificação, e disponibilizado um período de 72 horas para seu preenchimento. Após esse período, a pesquisadora retornou nas unidades de saúde para recolher os envelopes com os formulários.

Para os enfermeiros, foi informado que o segundo formulário continha o material proveniente da análise obtida no primeiro formulário, que foi apresentado mediante uma

entrevista presencial, a fim de obter a concordância do participante para manter as informações dadas anteriormente e/ou realizar acréscimos. Para os ACSs e os médicos, o mesmo formulário foi apresentado, visando obter informações complementares referentes à visita domiciliar realizada pelos ACS, com vistas a checar o conhecimento sobre os usuários com possíveis demandas/necessidades de SM e de suas famílias. Para os médicos, o intuito era obter informações sobre o atendimento de SM, seus desfechos e referente as ações de SM realizadas no serviço. Em ambas as situações, estima-se que para cada etapa de coleta de dados o tempo médio para preenchimento foi de trinta minutos (Apêndices D e E).

3.6. Aspectos éticos

Todos os participantes envolvidos foram esclarecidos sobre os objetivos desta pesquisa e certificados da participação voluntária, assinando como acordo, um TCLE. Também foi garantido o anonimato dos participantes e o direito de se retirar da pesquisa, a qualquer momento que desejasse. Após o cumprimento dos requisitos éticos, foram fornecidas orientações sobre os procedimentos que foram aplicados durante o estudo. Esclarecemos aos participantes e aos coordenadores das unidades de saúde que a pesquisa teve aprovação da SMS para ser desenvolvida.

A fim de garantir os aspectos éticos e legais da pesquisas que envolvem seres humanos, respeitando os procedimentos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este estudo foi aprovado pelo comitê de ética pesquisa da EERP-USP, sob o número do Parecer: 4.992.789 (Apêndice A).

3.7. Análise dos dados

O tipo de análise praticada nesse estudo, foi a análise de conteúdo na modalidade de análise temática (MINAYO, 1987). Os passos utilizados foram: ordenação, classificação e análise final. Procedeu-se à leitura do material obtido a partir dos formulários preenchidos nos dois momentos da pesquisa das percepções e demais informações nos registros individuais de cada participante. Em seguida, foi feita a ordenação com o agrupamento dos temas obtidos a partir do material. Na classificação realizou-se nova leitura de todo o material empírico indentificando-se convergências e dissensos e destacaram-se as estruturas de relevância: o atendimento do usuário com demandas de SM, identificação das suas características, formas sofrimento emocional ou transtorno mental ou uso de álcool e outras drogas e peculiaridades

sobre os serviços no atendimento.

Com isso, construíram-se quadros em que se tornaram visíveis as características sócio-demográficas e profissionais dos participantes, suas concepções e características sobre o usuário de SM, com base nas experiências daqueles usuários que receberam e foram (ou não) diagnosticados no serviço e sobre o atendimento que ofereceram (ou não) e as opiniões a respeito disso.

O material apresentado na sequência, refere-se à análise final dos dados obtidos em dois momentos de coleta: no primeiro contato para conhecimento dos participantes enfermeiros e obtenção de informações sobre sua vivência com usuários com demandas de SM, nos serviços de ESF. Esse material foi submetido a análise preliminar, que possibilitou a construção do segundo instrumento utilizado para complementar dados, utilizado no segundo contato com os enfermeiros e outros agentes da equipe de enfermagem e de saúde, mencionados previamente, como parceiros do atendimento. Todas as informações foram agrupadas, constituindo um único conjunto de dados, provenientes das menções de todos os participantes.

4. RESULTADOS

Na tabela 1 pode-se observar que a amostra foi composta por 65 profissionais, sendo, 16 enfermeiros, 41 ACSs e oito médicos. Desses, prevaleceu pessoas do sexo feminino: enfermeiros (14 - 87%), ACSs (34 -82%), médicos (6 -75%). Em relação a faixa etária entre os enfermeiros, prevaleceu os grupos de 31 a 40 e 41 a 50 anos, que apresentaram o mesmo número e percentual (7- 43,7%, respectivamente). Entre os ACSs, prevaleceu o grupo ≥ 51 (36- 63,4%) e entre os médicos a faixa de 20 a 30 anos (6- 75%). No item cor/raça, entre enfermeiros predominaram os brancos (7-43,7%) e os pardos (6- 37,5%), já nos ACSs predominaram os pardos (32- 78%) e nos médicos predominaram brancos (5- 62,5%). Quanto ao estado civil, destacam-se os casados (entre os enfermeiros e ACSs casados e/ou união estavel com predomínio, nos primeiros, dos casados (8- 50%), enquanto nos ACS, as duas situações se equiparam (10,24,4% respectivamente). Na variavel vínculo empregatício, prevaleceram os profissionais concursados enfermeiros (12 – 75%) e ACSs (41- 100%), exceto os médicos (8- 100%) são contratados. Predominam os participantes que não possuem outros empregos, enfermeiros (13 – 81,2), ACSs (35 – 85%) e médicos (5-62,5%). Entre os enfermeiros, dois grupos se situam entre nove anos (7-43,7%) e 11 anos de formados (6-37,5%), entre os ACSs e médicos, destacam-se aqueles com 11 anos de formação. O tempo de atuação na ESF aparece como destaque, pois todos os profissionais possuem de 5 a 10 anos de trabalho nessa área. Especificamente, em relação aos enfermeiros, um grupo significativo (9-56,2%) exerce cargo de gerência e coordenação.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos profissionais da atenção básica. Interior de Mato Grosso, Brasil. (n=65)

	Enfermeiro		ACSs		Médico	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	2	12,5	7	17,1	3	37,5
Feminino	14	87,5	34	82,9	6	75,0
Faixa Etária						
20 - 30	2	12,5	1	2,4	6	75,0
31 - 40	7	43,7	5	12,2	2	25,0
41 -50			9	22,0		
≥ 51	7	43,7	26	63,4		
Cor/Raça						
Branco	7	43,7	5	12,2	5	62,5
Pardo	6	37,5	32	78,0	3	37,5
Negro	2	12,5	3	7,3		
Amarelo	1	6,2	1	2,4		

Estado Civil						
Casado	8	50,0	10	24,4		
União Estável	6	37,5	10	24,4	1	12,5
Solteiro	1	6,2	12	29,3	7	87,5
Divorciado	1	6,2	9	22,0		
Vínculo Empregatício						
Concursado	12	75,0	41	100,0		
Contratado	4	25,0			8	100,0
Outros Empregos						
Sim	3	18,7	6	14,6	3	37,5
Não	13	81,2	35	85,4	5	62,5
Horas semanal						
Concursado / 40h	14	87,5	35	85,4		
Contratado / 40h	3	18,7			6	75
Outros Empregos / 40 a 80h	2	12,5	6	14,6	3	37,5
Anos De Formação						
≤ 2000	3	18,7				
2001 - 2010	7	43,7	4	9,8		
2011 - 2022	6	37,5	18	43,9	8	100,0
Tempo De Atuação Profissional						
≤ 5 anos	5	31,2	1	2,4	8	100,0
6 – 10	5	31,2	7	17,1		
≥ 11	6	37,5	33	80,5		
Tempo De Atuação Na ESF						
≤ 5 anos	8	50,0	10	24,4	8	100,0
6 – 10	6	37,3	10	24,4		
≥ 11	2	12,5	21	51,2		
Cargo						
Gerencia/Coordenação	9	56,2				
Enfermeiro técnico de serviço	7	43,7				
ACS			41	100,0		
Médico					8	100,0
Graduação	16	100,0	21	51,2	8	
Capacitação		81,2	26	63,4	2	100,0
Mestrado	1	6,2			1	12,5
Não fizeram	2	12,5			5	62,5

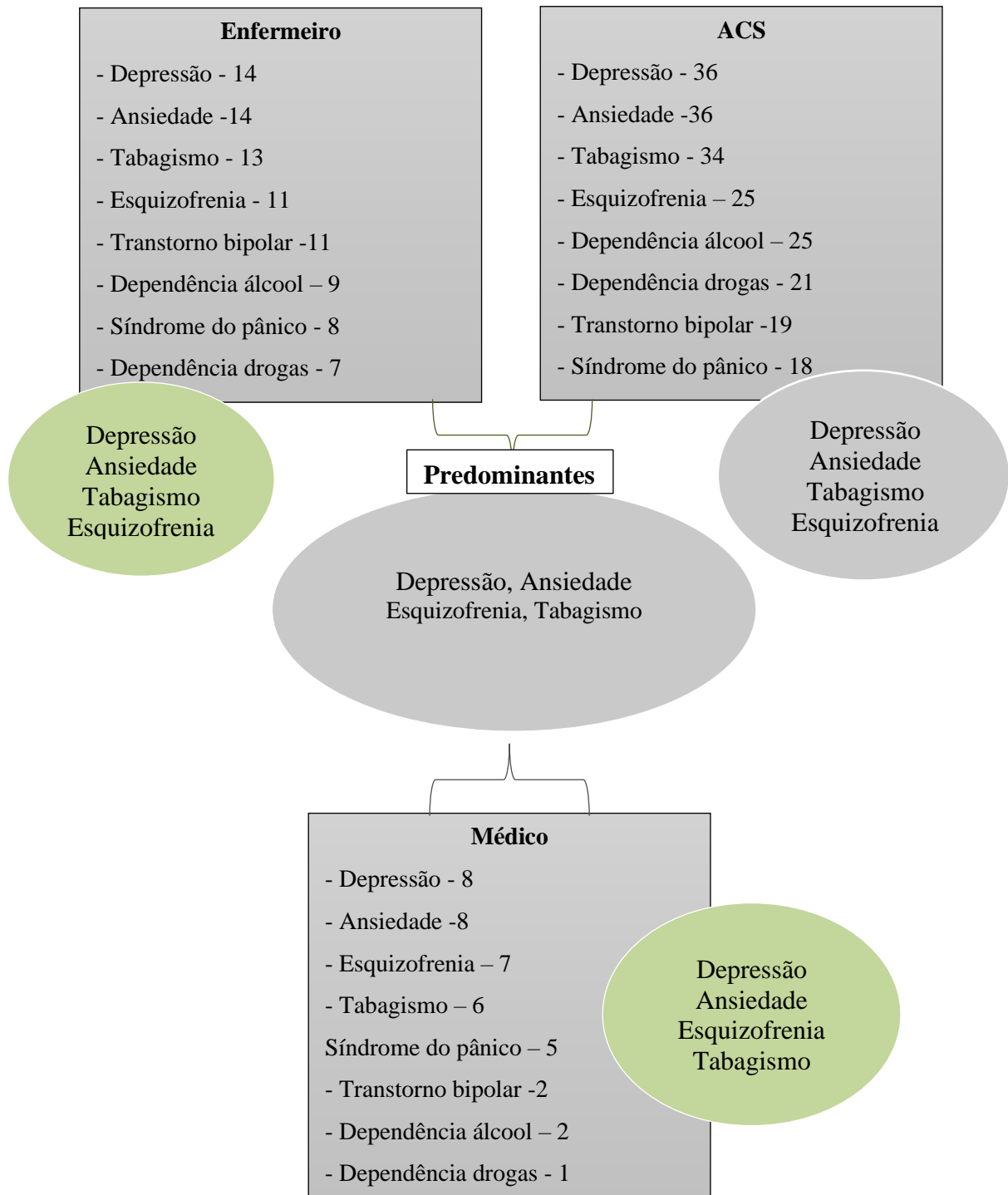
Fonte: próprio autor.

Em relação aos usuários com demandas de SM atendidos, os enfermeiros da ESF mencionaram que, em sua maioria, se tratam de pessoas do sexo feminino (10 menções) e na faixa etária de 30 aos 39 anos (13 menções) e 18 aos 29 anos (9 menções). Vale destacar que alguns enfermeiros não mencionaram esses dados (3 menções).

Os dados relativos à caracterização dos problemas de SM diagnosticados em usuários atendidos na ESF. Os números correspondem às menções dos profissionais participantes que são enfermeiros, ACS e médicos, que apontam para a presença de diversos transtornos, já diagnosticados, à saber: i) entre os enfermeiros, predominou a depressão e ansiedade (14

menções cada), seguido do tabagismo (13 menções), da esquizofrenia e do transtorno bipolar (11 menções respectivamente). Os ACSs, mencionaram os mesmos transtornos e na mesma sequência, apenas houve o acréscimo da dependência de álcool (25 menções). Entre os médicos, predominou a depressão e a ansiedade (8 menções cada), seguida da esquizofrenia (7 menções), sendo que o tabagismo e a síndrome do pânico (5 menções) apareceram em sequência posterior, em contraste com demais participantes (esquema 1).

Esquema 1. Relato dos profissionais sobre os *diagnósticos psiquiátricos definidos dos usuários atendidos na ESF.



*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas.
Fonte: próprio autor.

As informações relacionadas à caracterização dos comportamentos/sintomas relatados (usuário e/ou família) e observados pelos profissionais durante o atendimento dos usuários na consulta de enfermagem, na consulta médica e na visita domiciliar estão descritos na tabela 2. Os dados correspondem ao número de menções dos participantes do estudo. Conforme se observa, os enfermeiros e médicos apontam que os comportamentos de insônia, tristeza e crise nervosa são os predominantes entre os usuários atendidos. A desesperança e o pensamento desorganizado apareceram em quarto e quinto lugares. Os ACSs em suas menções ampliaram a descrição dos comportamentos e alteraram a ordem das menções, dos demais participantes, pois a insônia permaneceu em primeiro lugar, seguida da crise nervosa. Foram menos mencionados o pensamento desorganizado, o isolamento e a tristeza, respectivamente. Como destaque, percebe-se que incluíram a menção do uso excessivo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e medicamentos) que não apareceram, nas menções dos outros profissionais.

Tabela 2. Distribuição das menções dos participantes sobre os comportamentos/sintomas dos usuários com demandas de SM, atendidos na ESF.

*Comportamentos//sintomas	Nº menções
Consulta/Enfermagem	
Insônia	13
Tristeza	13
Crise nervosa	12
Desesperança	8
Pensamento desorganizado	7
ACS /Visita Domiciliar	
Insônia, alteração do sono	34
Crise nervosa, agitação, inquietação	30
Pensamento desorganizado, conversa s/nexo desconectada, forma incomum de se expressar	12
Isolamento, choroso, tristeza, sem vontade de viver e esperando a morte	10
Uso excessivo de substâncias psicoativas - álcool, tabaco medicamentos	3
Consulta/médica	
Insônia	8
Tristeza	6
Crise nervosa	5
Pensamento desorganizado	5
Desesperança	4

*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas.

Fonte: próprio autor.

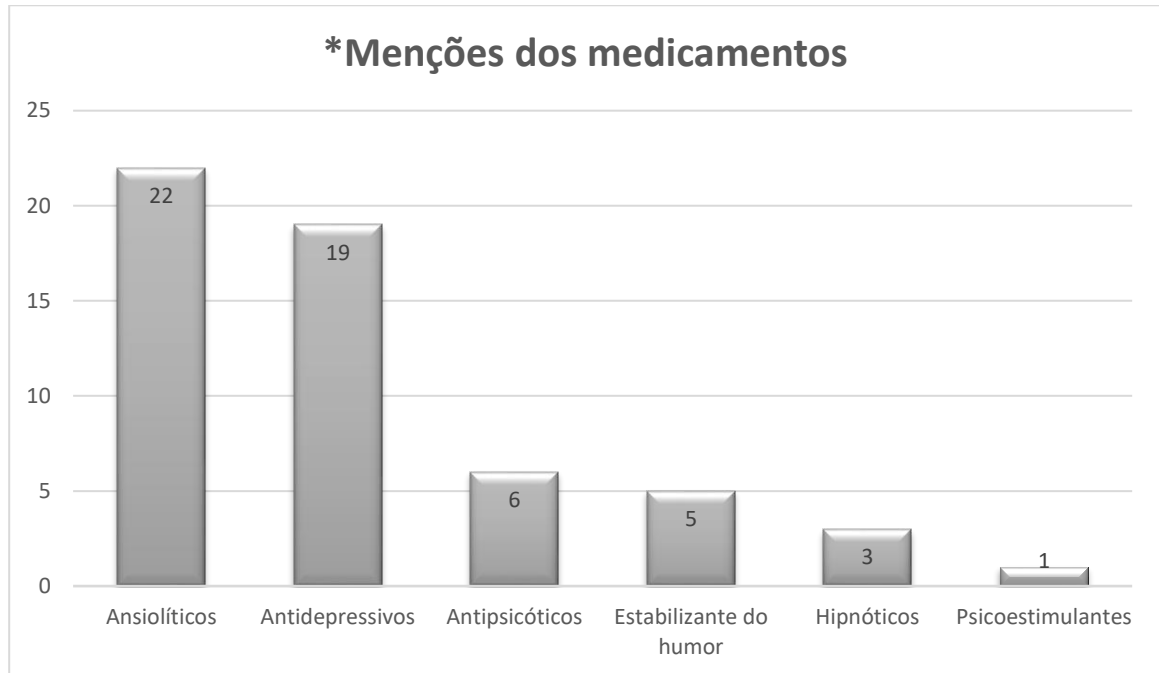
Quanto às atitudes que familiares já haviam tomado em relação ao usuário com problema de SM, os ACSs relataram que as famílias já haviam encaminhado esse usuário a algum serviço ou profissional de saúde especializado. Esses mesmos profissionais informaram

os serviços a que foram encaminhados: CAPS (11 menções), CAPS + médico particular (1 menção), UPA (1 menção), ESF (2 menções) ou atendimentos psicológico e psiquiátrico (3 menções). Entretanto, muitos (23 ACSs) não informaram a respeito dessa questão, talvez por que não indagaram ou porque a família não os informou.

Em relação a conhecer se esses usuários tiveram internações por problema de SM, aproximadamente, a metade (21 ACSs) informou ter ouvido o relato do familiar, de que o usuário não teve internação devida por seu problema. Outros (16 ACSs) registraram que o usuário já haviam passado por internações. Uma parcela pequena, apenas quatro desses profissionais não obtiveram essa informação. Sobre o tipo de local onde esses usuários foram atendidos/internados, entre as informações relatadas pelos ACSs, percebe-se que a maioria (28) não relatou sobre esse dado. Daqueles (12) de quem se obteve informação ordenação, classificação e análise final, verificou-se o predomínio dos serviços especializados fechados (3 clínicas para reabilitação em álcool e drogas; e 3 hospitais psiquiátricos), seguido dos serviços abertos (4) CAPS, ESF e serviços de pronto atendimento (3).

As informações sobre prescrições e medicamentos utilizados pelos usuários com problemas de SM atendidos na ESF estão representadas no gráfico 1. Os relatos provieram dos participantes enfermeiros, os quais conforme se observa referenciaram 37 tipos de medicamentos. Para facilitar a análise, foram agrupados em seis categorias, de acordo com sua ação e efeitos farmacológicos: medicamentos ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor, hipnóticos e psicoestimulantes. Os ansiolíticos e antidepressivos foram os mais mencionados (22 e 19 menções cada), e os menos referenciados foram os hipnóticos e os psicoestimulantes. Ressalte-se que um mesmo usuário, pode utilizar um conjunto de medicamentos como antidepressivos, ansiolíticos, entre outros. Quanto à origem das prescrições dos medicamentos, destacou-se as realizadas pelo médico psiquiatra (11 menções), seguida pelo médico da ESF (3 menções). Salienta-se que o médico psiquiatra está lotado no serviço especializado (CAPS AD/TM).

Gráfico 1. Relato dos enfermeiros sobre os medicamentos utilizados e prescritos para os usuários atendidos na ESF.



*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas

Fonte: próprio autor.

As ações realizadas na ESF, segundo relato dos participantes, foram agrupadas de acordo com cada classe de profissionais. Cada ação está descrita com o número de vezes que foi mencionada. Quanto às ações do enfermeiro, sobressaem as orientações (9 menções), seguido das visitas compartilhadas (8 menções) e palestras em conjunto com outros parceiros (7 menções).

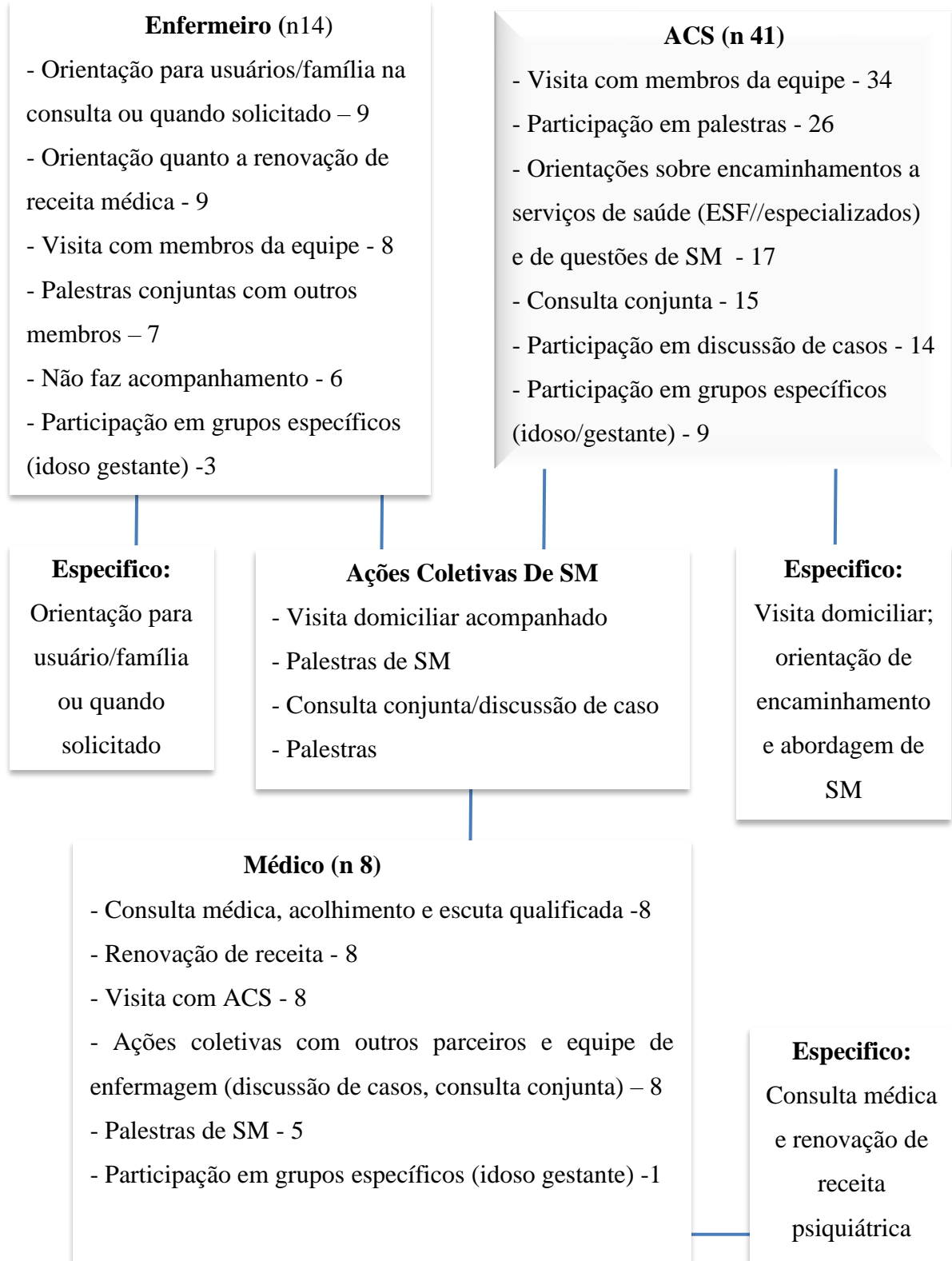
Quanto às ações relatadas pelos ACSs, predomina a visita domiciliar com membros da equipe (34 menções), a participação em palestras (26 menções), seguida da colaboração na abordagem de questões de SM (17 menções).

Nas ações relatadas pelos médicos, prevaleceu a consulta médica e a renovação de receitas (8 menções reciprocamente). Ressalta-se que as renovações de receitas decorrem da prescrição dos medicamentos feita pelo o psiquiatra do CAPS e se inserem nas ações de SM, realizadas na ESF.

Dentre esse conjunto de ações efetuadas por esses profissionais, infere-se que existem algumas ações que são realizadas de forma compartilhada e que são coletivas, como o acompanhamento na visita domiciliar, a realização de palestras de SM, as reuniões conjuntas para discussão de casos e as consultas compartilhadas com outro membro da equipe (enfermeiro, ACS).

Sobre os registros das ações de SM realizadas nos serviços de ESF mencionado pelos profissionais enfermeiros e ACSs, predominaram os registros no sistemas e-SUS APS (35 menções), no Caderno de Ata da ESF (10 menções), no Prontuário Eletrônico do Cidadão (3 menções) e em outros sistemas eletrônicos (3 menções) (esquema 2).

Esquema 2. Relato dos profissionais sobre as *ações de SM realizadas na ESF



*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas (cada quadro do esquema contém as ações de SM e o número de menções).

Fonte: próprio autor.

O Quadro 6, versa sobre as ações efetuadas pela equipe de enfermagem e a qualificação dos assuntos que eram mais proeminentes ou enfatizados nas ações principais ou mais específicas desse grupo, direcionadas ao usuário com problemas de SM e sua família. Observa-se que na consulta de enfermagem prevaleceram, em número de menções, as orientações a respeito da medicação (tanto para o usuário quanto para o familiar) e a renovação de receitas, seguida das orientações para manter o tratamento e consultas agendadas. Percebeu-se que a continuidade do tratamento foi a mais enfatizada, seguida da manutenção do uso dos medicamentos.

Sobre a ação de visita domiciliar, prioritariamente, realizada pelos ACSs, a ênfase se deu nas orientações sobre o uso de medicamentos, mas, aparentemente, na mesma prioridade que o incentivo ao apoio familiar. Outras menções referem-se a frequências às consultas e as informações sobre encaminhamentos para outros serviços de saúde. Entre esses dois membros da equipe destacam-se as orientações referentes à manutenção de atividades de socialização, atividade física, higiene e sono, o que é compatível com o fato de os profissionais terem observado nos usuários o predomínio da queixa de insônia, como apresentado na tabela 2.

Entre esses dois membros da equipe de enfermagem (enfermeiro e ACS) observou-se, ainda, a preocupação com o familiar, quando são mencionadas ações específicas direcionadas a ele, que se concentraram em três tópicos: coleta de dados para avaliação; formas de manejo de abordar o usuário, cuidando para não o deixar isolado; incentivar o usuário na continuidade do tratamento e acompanhar as consultas; acompanhá-lo nos cuidados gerais e no uso de medicações. As orientações sobre o manejo do usuário e das oscilações do estado mental parecem estar inseridas num contexto de necessidade de encaminhamentos aos serviços de saúde (PSF, UPA, CAPS), daí haver as menções referentes a esse procedimento.

Quadro 6. Distribuição das menções de enfermeiros e ACSs referentes aos conteúdos abordados nas principais ações de SM com usuários e famílias.

Ações	*Conteúdos	nº Menções
Consulta de enfermagem	- Orientações para usuário/família sobre medicação o uso correto, efeitos esperados e adversos e checagem da compreensão;	9
	- Orientar usuário: seguir tratamento , fazer atividade física, convívio social, sono, buscar apoio e seguir consulta na UBS e CAPS, encaminhar em caso de piora ;	7
	- Orientar família: vigilância até estabilizar , pegar as receitas, apoiar e acompanhar o tratamento na UBS e CAPS.	4
Visita domiciliar/ACS	- Orientações sobre o uso de medicamentos;	4
	- Incentivo do apoio da família, informar sobre encaminhamento e o sistema de saúde, frequentar consultas;	4
	- Cuidados com: higiene atividade física, sono, convívio social.	3
Específico para família	- Coletar relatos sobre o usuário para possível encaminhamento ao PSF ou CAPS para avaliação;	6
	- Formas de manejo de abordar o usuário, não deixar isolado, incentivar a seguir o tratamento	5
	- Acompanhar nos cuidados gerais e medicações;	5
	- Dar apoio ao usuário, acompanhar consultas e tratamento;	4
	- Informar locais com serviços especializados; - Buscar apoio para si mesmo, dividir tarefas, ter atividade física e lazer.	4 1

*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas.

Fonte: próprio autor.

Neste estudo no tocante à qualidade da postura do profissional enfermeiro frente ao usuário com demandas de SM, foram indagados acerca de quais ações consideravam mais importante no atendimento, em suas percepções. As respostas indicaram o acolhimento como o item de maior relevância, tanto no primeiro momento como no segundo momento em que

foram questionados. Na tentativa perceber, especificamente, o que os enfermeiros compreendiam como acolhimento, foi solicitado que descrevessem as ações que entediam fazer parte de que denominavam como acolhimento. A síntese de suas menções é apresentada no quadro 7 com o número de profissionais e como definiram.

Quadro 7. Definições dadas por enfermeiros à ação do acolhimento durante o atendimento

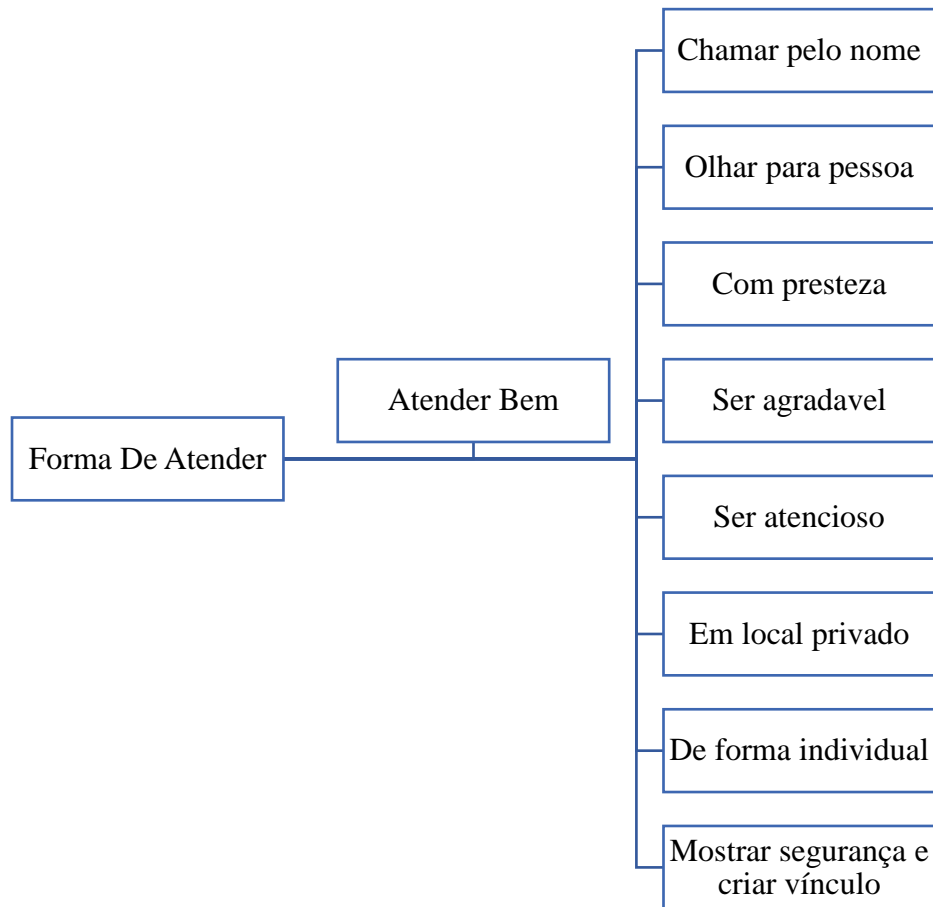
*Definições	Nº menções
Acolher, ouvir, orientar;	4
Escuta afetiva, chamar pelo nome, falar quando ele concluir o pensamento, olhar para ele, não atender com pressa, usar palavras de apoio, não julgar.	1
Cuidar desde a recepção até a consulta médica, ser atencioso, valorizar a sociabilização e trocas de comunicação entre profissional e usuário, escuta qualificada.	1
Ser agradável, ouvir queixa e conduzir a conversa, mostrar segurança e criar vínculo.	1
Receber com educação, presteza, de forma privada e individual.	1
Acolhimento humanizado, atender bem, não julgar.	1
Escuta qualificada, empatia, se colocar no lugar do outro.	1
Conversar com usuário, familiares ou acompanhante.	1
Escuta terapêutica;	1
Palestras, consulta individual com a família;	1
Não informaram;	3

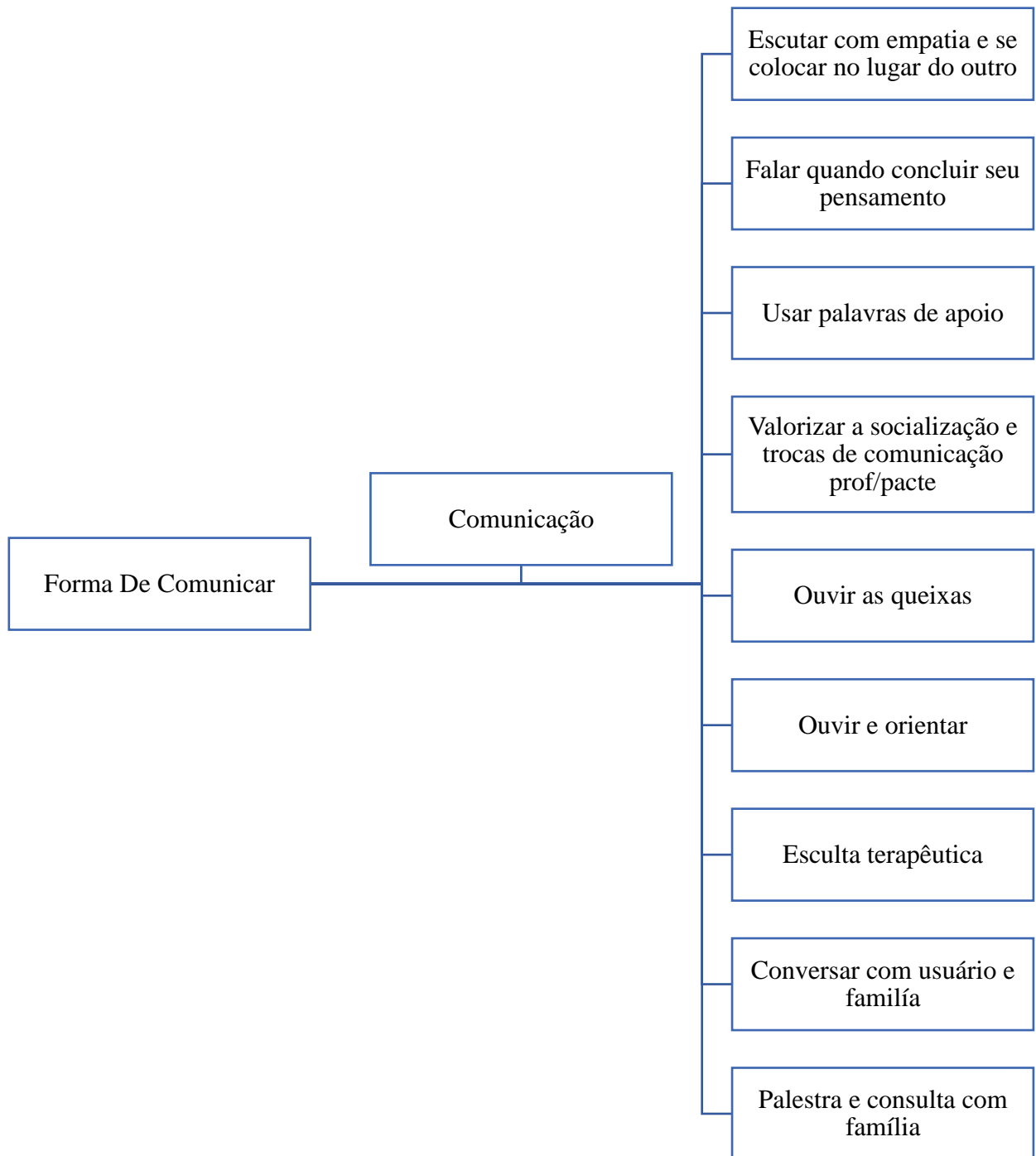
*Menções coincidem com o número de participantes.

Fonte: próprio autor.

Percebe-se, no esquema 3, que nas definições é possível identificar que a compreensão dos enfermeiros sobre acolhimento passa por dois eixos: a forma de atender e a forma de se comunicar. Alguns são mais explícitos na descrição, como observado no esquema 3 apresentado abaixo. No eixo forma de atender, estão incluídos os requisitos para a recepção do usuário de maneira educada e atenciosa (saber o nome, olhar dirigido a ele e a peculiaridade do local de atendimento). No eixo comunicação, a escuta prevalece, em alguns casos, sem maiores especificações, entretanto, em outros, abrange ouvir as queixas, não julgar, escutar com empatia, não interromper o usuário durante seu relato, expressar seu apoio, valorizar o encontro entre o profissional e usuário e as trocas de comunicação, mostrar segurança na condução da conversa. Tudo isso é apresentado como elementos que favoreciam a criação de vínculos. Um outro item que foge ao que seria acolhimento, mas foi mencionado, seria a realização de palestras e consultas individuais com o usuário e com a família. As orientações se dariam na consulta e através de palestras que também proporcionariam uma ocasião de contato para ampliar as informações sobre o usuário, por meio do relato de familiares.

Esquema 3. Sobre o acolhimento a partir da percepção dos enfermeiros participantes: forma de atender e forma de se comunicar





Fonte: próprio autor.

Quanto à ação nas palestras, no quadro 8, verifica-se que em termos de números de menções, os temas que predominaram referem-se à depressão e a ansiedade entre os três profissionais (enfermeiro, ACS e médico) participantes do estudo. Na sequência das menções, houve diferenças, pois para os enfermeiros prevaleceram assuntos relativos à prevenção do suicídio. Entre os ACSs, como segundo tema mais frequente, aparece a dependência de álcool e o tabagismo, que entre os enfermeiros surgiu numa terceira posição. Entre os médicos, temas

como esquizofrenia e prevenção ao suicídio surgem com mesma frequência.

Com os dados presentes no quadro 8, infere-se que houve um interesse maior no foco doença, o qual parece ter ficado restrito a algumas patologias, que foram observadas nos usuários tais como: a depressão, a ansiedade, o uso de álcool e/ou drogas e o tabagismo. Em relação aos procedimentos ou discussão sobre a forma de cuidado, aparece entre os enfermeiros e entre ACSs poucas menções de questões como: aspectos de higiene, medicação, auto-cuidado e sobre as orientações e acompanhamento usuário/família, dentre outros. Foram citados pelo grupo de enfermeiros e médicos temas como: estresse e burnout. Todavia, não é possível fazer inferências a respeito desse tema para definir se estavam relacionados ao usuário e sua família ou aos membros da equipe de saúde em seu contexto de trabalho. Cabe ressaltar que alguns participantes não informaram nenhuma categoria a respeito dessa ação.

Quadro 8. Menções dos participantes enfermeiro, ACSs e médicos sobre os temas abordados nas palestras.

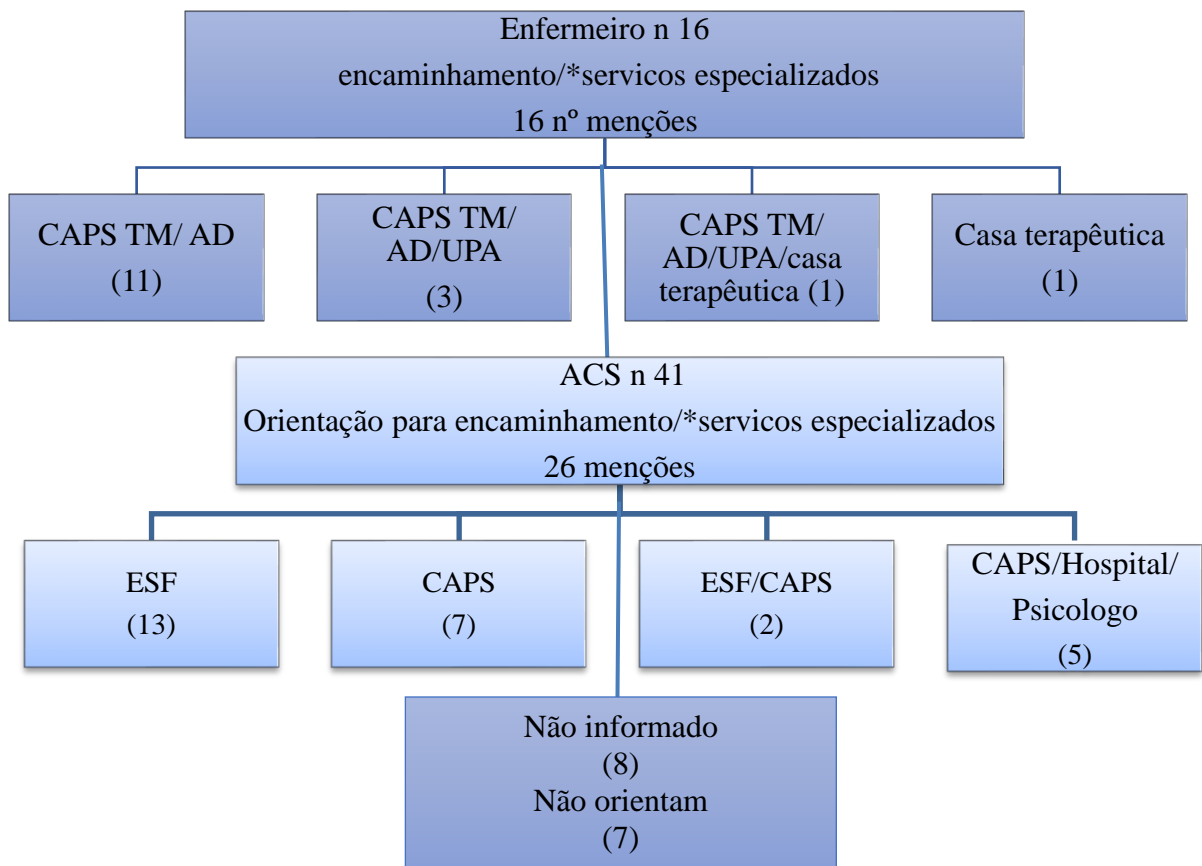
	*Temas	Nº Menções
Enfermeiro	- Depressão, ansiedade; - Prevenção do suicídio; - Tabagismo, uso de álcool e outras drogas; - Outros: higiene, medicação, estresse; - Não informaram.	5 5 4 3 5
ACS	- Depressão, ansiedade; - Dependência de álcool e outras Tabagismo; - Esquizofrenia; - Prevenção do suicídio; - Sobre Orientação e acompanhamento do usuário, fazer busca ativa, outros: exploração de menor, outras doenças e temas; - Não informou.	10 6 4 4 6 2
Médico	- Depressão, ansiedade; - Outros (Esquizofrenia, Prevenção do suicídio, Burnout) - Não informaram	4 3 1

*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas.

Fonte: próprio autor.

Em relação aos encaminhamentos realizados nos serviços de ESF dos usuários com problemas de SM, os enfermeiros relataram a recorrência dessa ação e os ACSs, da mesma forma, em suas orientações, durante a visita domiciliar. No esquema 4, observa-se que nas menções do enfermeiros, o serviço especializado em SM prevalece como mais indicado, tanto como serviço único ou em conjunto com outros, que atendem situações de emergência, realizam internações ou são locais de abrigo para pessoas com demandas de SM. Quanto aos relatos dos ACSs, o serviço que desponta em suas orientações é o encaminhamento para a ESF, seguido dos serviços especializados, que são mencionados como único serviço ou em um conjunto com o ESF, o CAPS, os hospitais e os profissionais especialistas. Cabe resaltar que entre os ACSs, houve menções de não ter feito orientação de encaminhamento para os usuários e/ou familiares, durante a visita domiciliar.

Esquema 4. Relato dos enfermeiros sobre a ação de orientação para encaminhamento dos usuários com problemas de SM, para serviços de saúde especializados.



*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas.
Fonte: próprio autor.

Estão representados no quadro 9, os relatos dos enfermeiros e ACSs sobre os parceiros de ações de SM, como palestras e orientações aos familiares, realizadas nos serviços de ESF. Observa-se que prevaleceram as parcerias com instituições de ensino superior, com os docentes e discentes dos cursos de saúde e com profissionais dos serviços especializados (CAPS, CRAS e CREAS, UPA e hospitais). Outras menções apresentaram como parceiros os profissionais lotados em serviços especializados. Nesses casos à atuação deles é, especialmente, no acompanhamento do usuário com problema de SM, como :informações sobre adesão, frequência a consultas, elaboração de receitas médicas próprias da psiquiatria, monitoramento familiar. Houve menções (10) de profissionais que informaram que não são realizadas ação de SM, no serviço em que atuam. O quadro sugere que a parceria com instituições de ensino superior e o serviço especializado tem relevância, pois são relatado de forma compartilhada com outros serviços de saúde ou de maneira isolada.

Quadro 9. Parceiros fora do serviço de ESF e colaboradores nas ações de SM mencionadas pelos profissionais enfermeiros e ACS.

*Parceiros	Nº menções
➤ Instituições de ensino superior e outros serviços (CAPS, hospital, UPA, CRAS e CREA)	18
➤ Serviço especializado no acompanhamento do usuário	13
➤ Não são realizadas ações de SM, na ESF que atuam	10
➤ Não informou	6
➤ Instituições de ensino superior	2

*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas.

Fonte: próprio autor.

A maneira como os enfermeiros percebem a abordagem e o manejo de um usuário com problemas de SM na ESF é demonstrada no quadro 10. Verificou-se que o predomínio recai sobre a visão de como abordam (com cautela), ouvindo mais o usuário do que se expressando. Isso retrata o seu receio de falar alguma coisa, dar alguma orientação ou perguntar algo, que possa ser inadequado ou mal interpretado, pelo usuário. As menções revelaram o sentimento que vivenciam em relação ao usuário, que é percebido como de difícil manejo, o que gera receio. Talvez, por isso alguns tenham mencionado que se sentem sobrecarregados ou com insegurança, no seu atendimento. Essas percepções e sentimentos se concretizam, nas menções

que manifestaram, de forma explícita, o despreparo e a necessidade de capacitação e habilidades específicas, para oferecer este tipo de cuidado. É possível inferir que relações com os aspectos, supracitados, pelo relato de um dos participantes, que descreveu que a abordagem a esse usuário era ‘normal’, pois tinha experiência na área. Esse requisito não se verificou em outras menções de enfermeiros, que relataram sentir que o atendimento é tranquilo, prazeroso ou satisfatório, quando observavam “um bom resultado”. Inclusive, outras menções, referiram-se a ser um atendimento que trás pouca satisfação. Vale lembrar que as demandas de SM, em geral, se tratam de problemas crônicos suscetíveis a novos episódios de surtos, crises, por múltiplas razões, que eles mesmos informam no quadro 10, apresentado a seguir. Portanto, observa-se que as menções dos enfermeiros sobre os resultados esperados parecem não condizer com a realidade da assistência a pessoas com problema de SM.

Quadro 10. Percepção dos enfermeiros sobre como realizam o atendimento aos usuários com problemas de SM na ESF

*Percepção sobre o atendimento	Nº menções
Complicado, normal mas precisa de capacitação e habilidades para lidar com esses usuários; Despreparo do profissional;	13
Abordar com cautela;	11
Mais ouve queixas do que faz perguntas	11
Difícil, difícil de orientar na fase crítica, insegurança, receio em lidar, melindroso,	11
Tráz pouca satisfação; prazeroso;tranquilo;satisfatorio quando vê bom resultado	10
Encaminha imediatamente para serviços especializado	5
Sobrecarga;	4
Necessita de auxilio, atenção da rede de SM;	1
Normal por ter experiencia na área; gratificante quando vê bom resultado	1

*Os participantes poderiam preencher mais de uma categoria de respostas.

Fonte: próprio autor.

Entre os desafios e dificuldades no atendimento de pessoas com problemas de SM, na ESF, apresentados no quadro 11, foram registradas menções que se enquadram em três aspectos: i) o primeiro, de natureza estrutural, pois se reporta ao despreparo e falta de capacitação específica da equipe, para oferecer o atendimento, a falta ou inadequação do espaço físico e dos recursos humanos suficientes, para prestar assistência efetiva e a presença em alguns desses recursos humanos de estigma ou preconceito em relação à doença e/ao doente mental; ii) o segundo aspecto observado, diz respeito a algumas características que são mencionadas como próprias desse tipo de usuário, como a tendência de abandonar o tratamento, a baixa adesão ao tratamento, dificuldade em se manter uma rotina e o próprio vínculo com o

serviço. Uma das menções parece interpretar essas características como uma falta de comprometimento do usuário com a melhora do seu quadro de saúde, parecendo ignorar que se trata de pessoas que têm a sua compreensão e comportamento afetados, pelo seu quadro patológico; iii) por fim, o terceiro aspecto, refere-se à família, com a predominância de menções relativas a não aceitação desse tipo de usuário, que de certa forma, se inferem em demais menções que citam a falta de apoio ao paciente e a colaboração no seu tratamento. Essas menções parecem ser muito severas com a família do usuário, pois o acolhimento de forma geral, segundo as próprias menções dos participantes do estudo, presuppõe se colocar no lugar do outro e não julgar.

Quadro 11 - Desafios e dificuldades no atendimento das pessoas com demandas de SM

Referente a equipe e ao contexto assistencial	Nº menções
Despreparo e falta de capacitação da equipe para atender as demandas de SM	17
Estrutura física e assistencial inadequada e recursos humanos insuficientes.	16
Estigma, preconceito.	7
Referente ao usuário	
Usuários sensíveis ao abandono do tratamento, baixa adesão ao tratamento	10
Baixa assiduidade, dificuldade em manter rotina, vínculo	3
Falta comprometimento com sua melhora	1
Referente a família	
Não aceitação do usuário pela família	11
Falta de apoio da família com o usuário	6
Não colaboração da família no tratamento	1

Fonte: próprio autor.

O material analisado foi organizado em cinco itens que agrupam as características gerais dos participantes do estudo, as características dos usuários com problemas de SM atendidos nos serviços de ESF, as ações realizadas pelos profissionais de saúde aos usuários com problema de SM, a percepção dos enfermeiros da ESF sobre o atendimento aos usuários de SM e a percepção dos enfermeiros sobre desafios e dificuldades no atendimento de SM.

Os dois últimos itens, contaram apenas com a participação dos enfermeiros, devido estes atuarem em cargo de gerência, como essa é uma atividade que demanda uma visão ampla do contexto do serviço, optou-se por centrar-se nas percepções desse profissional.

5. DISCUSSÃO

5.1. Características gerais dos participantes

Na caracterização do perfil dos participantes do estudo, em número, predomina os ACSs, seguido dos enfermeiros e, em menor quantidade, os médicos. Em todos prevaleceu o sexo feminino, nas faixas etárias de 31 a 50 entre os enfermeiros; acima de 51 os ACSs, e os médicos entre 20 a 30 anos. Em termos de raça/cor predominou os brancos e os pardos em maior número entre os ACSs, a maioria enquadra-se entre casados e união estável, com exceção os médicos, em que prevaleceu os solteiros. Em relação ao trabalho na ESF, predominou os profissionais concursados e período de trabalho, entre 5 a 10 anos, apenas os médicos atuavam sob contrato. Destaca-se, entre os enfermeiros, o cargo de gerência dos serviços. Perfis semelhantes entre os trabalhadores de saúde foram encontrados em pesquisas de diversas regiões do país, com profissionais da ESF, a exemplo das citadas na sequência.

Em pesquisa realizada na região sudeste, em 19 serviços de ESF, com 99 (100%) profissionais de saúde, dentre eles, 19 (20,8%) eram enfermeiros, 16 (15,3%) médicos, 25 (25,1%) auxiliares de enfermagem e 39 (38,8%) ACS, também predominou o sexo feminino 78 (78,9%) e a média de idade entre todos foi de 43 anos, prevaleceram as pessoas casadas 47 (47,2%). Quanto ao tempo de atuação na área da AB, foi de um a 10 anos 36 (36,3%), de 10 a 20 anos 20 (20,4%) e há mais de 20 anos 33 (33,6%). A carga horária de trabalho mais prevalente foi de 40 horas semanais (43,4%). Exerciam a função assistencial 87,6% e 12,4% de supervisão/gestão. (BARROS et al., 2019).

O mesmo se verifica em termos de semelhanças de perfil em outro estudo (qualitativo na abordagem da pesquisa-ação), realizado em 2020 com 12 profissionais de uma UBS na região nordeste, num município do estado do Ceará, com amostra intencional de 12 participantes: um (8,3%) enfermeiro, dois (16,6%) médicos, nove (75%) ACSs. Portanto, predominou o sexo feminino 10 (83,3%), com faixa etária entre 29 a 63 anos e tempo de atuação profissional na ESF de acima de cinco anos (SANTOS; BOSI, 2021)

Em uma pesquisa (exploratória e qualitativa) realizada em município do estado de Goiás, quanto ao vínculo dos participantes deste estado, na região Centro-Oeste, entre 2018 a 2019, realizada com vinte equipes, de seis ESF, e que os participantes eram membros da equipe de enfermagem e recepcionistas, apresentou os seguintes dados: Quanto à situação laboral, seu vínculo empregatício era municipal ou estadual (efetivos e credenciados), e cargos comissionados; quanto ao gênero, todos eram mulheres, com idade entre 35 e 55 e com

cinco a 13 anos de atuação em APS; quanto a capacitação, não possuíam capacitação específica em SM. O estudo aponta, também, que os médicos não quiseram participar das entrevistas, para coleta de dados (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020).

Em estudo (descritivo) realizado com enfermeiros de uma unidade de medicina interna e cirúrgica do Hospital da Faculdade de Medicina da Universidade Ege na Turquia, que teve como objetivo analisar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros no âmbito da enfermagem em CPL, entre abril e junho de 2017 (n=741), indicou que entre os participantes do estudo, 91,2% eram mulheres. Em relação a faixa etária, a média foi de 34 anos, 31,6% tinham entre um e cinco anos de serviço. Quanto ao vínculo dos participantes, 8,8% eram enfermeiros supervisores, enquanto 91,2% eram enfermeiros (YILDIRIM et al., 2019).

5.2. Características dos usuários com demandas de SM atendidos nos serviços de ESF

Os participantes enfermeiros mencionaram que a maioria dos usuários com problemas de SM, atendidos na ESF eram do sexo feminino, com predomínio da faixa etária de 30 aos 39 anos, seguida pelo grupo dos 18 aos 29 anos.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo desenvolvido na região sudeste do estado de Mato Grosso; dos 164 usuários com problemas de SM atendidos nas ESF, prevaleceu o sexo feminino com 136 (83%). Entre as faixas etárias, houve a predominância dos 40 a 59 anos (79-48%), seguida pelos usuários de 60 ≥ anos (70-43%) (REIS E SOUZA et al., 2020). Percebe-se que nas faixas etárias predominantes houve discordâncias com o estudo atual.

Outro estudo da mesma natureza, realizado no norte do Rio Grande do Sul, em 34 unidades urbanas de APS, com 1443 participantes, nos atendimentos aos usuários com problemas de SM, também sobressaiu o sexo feminino (71,0%), a faixa etária do grupo de 18 a 59 anos (72%) (TRIBINO et al., 2021). Esse grande grupo etário inclui as faixas predominantes do presente estudo.

Em estudo realizado no Canadá com usuários da atenção primária à saúde, inclusive aqueles com problemas de SM, entre os 1.396 participantes, a pesquisa revelou que 525 (37,6%) eram do sexo feminino. Quanto à idade média, ficou próxima de 43 anos (BRAR et al., 2021).

Nos estudos expostos, evidencia-se o predomínio das mulheres, nos atendimentos de SM, na APS. No tocante as faixas etárias, percebe-se que se enquadram no grupo dos adultos jovens, com pequenas diferenças e entre o grupo dos idosos.

Sobre a menção da existência de tratamentos anteriores (serviços públicos e privados) prevaleceu o atendimento em CAPS, seguido do ministrado por profissionais especialistas.

Embora tenha predominado as menções de não ter conhecimento, não ter coletado ou não ter respondido à informação de internações anteriores. Aproximadamente, a metade dos ACSs mencionaram o relato do familiar, de que o usuário não teve internações devido ao seu problema de SM. Porém com menos menções, houve relatos de familiares informando que o usuário passou por internações. Entre os serviços de saúde ou reabilitação onde ocorreram as internações, preponderaram os serviços fechados (clínica de reabilitação e hospitais psiquiátricos), em sequência os serviços públicos especializados abertos.

Barros e colaboradores (2019) destacam que algumas ações dos profissionais se contrapõem ao paradigma adotado pelo SUS, no tocante à atenção psicossocial, uma vez que encaminham os usuários do seu território à Atenção Terciária, os quais deveriam ser assistidos pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) e não encaminhados, diretamente, pela Atenção Primária, pois segundo as diretrizes da RAS, a Atenção Primária deve conhecer todo o percurso de cada usuário, dentro da rede.

Não houve clareza nas menções dos participantes do presente estudo a esse respeito e nem sobre a qualidade da interlocução da ESF com os outros serviços que deveriam prestar apoio. Esse aspecto necessita ser melhor investigado, no intuito de favorecer o cuidado do usuário, pois como alerta, Barros expõe que a falta de conhecimento do atendimento em rede, favorece a realização de encaminhamentos para outros serviços fechados e mantém a “lógica do tratamento compartimentalizado”, em desacordo com as propostas da Política Nacional de SM.

5.2.1. Problemas de SM diagnosticados e atendidos pelos profissionais

A respeito dos problemas de SM dos usuários, verifica-se que eles já vem na apresentação de diagnósticos. Conforme as menções dos participantes, prevaleceram os casos diagnosticados como depressão e ansiedade, predominantes entre todos os profissionais. Segue-se do tabagismo e esquizofrenia, entre enfermeiros e ACSs, alterando-se a ordem apenas para os médicos. Outro diagnóstico mencionado foi o transtorno bipolar. Os ACSs mencionaram com relevância, à dependência de álcool e drogas. Em síntese, as situações de SM dos usuários diagnosticadas apontadas como mais atendidas, neste estudo, foram a depressão, a ansiedade, a esquizofrenia e a dependência de substâncias (tabaco, álcool e outras drogas). Com menos menções para o transtorno bipolar.

Tais dados são corroborados, em parte, por pesquisa (qualitativa, exploratória) realizada com trabalhadores (sete) de duas equipes APS, do município do estado Ceará. Essa

pesquisa mostrou os transtornos de ansiedade e depressão como as demandas predominantes, entre os usuários com problemas de SM (SANTOS et al., 2023).

Da mesma forma, a análise de uma revisão integrativa sobre o perfil epidemiológico dos transtornos mentais, na população adulta brasileira, realizada com base em 12 estudos, mostrou resultados similares aos encontrados no estudo atual. Os autores identificaram, que entre a população adulta que sofre de transtornos mentais, prevaleceu o sexo feminino. Os principais diagnósticos foram os relacionados aos transtornos do humor - episódio depressivo (F 32); os neuróticos - os relacionados com o estresse e ansiedade (F 41); seguidos pelos transtornos psicóticos - esquizofrenia (F 20) (HIANY et al., 2018).

Um estudo realizado em um município do estado do Piauí, a partir das informações registradas sobre 470 famílias atendidas pelas equipes das UBSs, evidenciou que os diagnósticos apresentados com mais frequência foram a esquizofrenia, a depressão, os quadros de ansiedade, seguidos da epilepsia, insônia e distúrbios alimentares. Constatou-se, também, que pelo menos uma pessoa da família fazia uso de psicofármacos, sendo 32,6% com uso de ansiolíticos, 41,3% de antidepressivos e 26,1% de antipsicóticos (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2012).

O estudo canadense anteriormente citado sobre a incapacidade de alguns usuários para acessar os serviços de atenção primária, evidenciou que desses, 877 (62,8%) apresentavam diagnóstico de problemas de SM e que 651 (46,6%) faziam uso excessivo de drogas, dentre outros problemas de saúde e condições de vulnerabilidade (BRAR et al., 2021). Isso revela que pessoas com problemas de SM, também podem frequentar serviços de atenção primária em outros países.

Na medida em que os profissionais da AB percebem os problemas de SM dos usuários já com a classificação diagnóstica, isso pode ser uma limitação, pois como argumentam autores (BARROS et al., 2019), a manutenção de concepções do modelo tradicional da psiquiatria clássica, no contexto dos serviços de saúde primários, revela o foco atribuído, por participantes e sua equipe, em critérios que consideram casos de SM apenas as manifestações de “transtornos graves e persistentes”, o que entra em conflito com o ideário do SUS e das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras.

No presente estudo, se verificou a permanência de concepções voltadas mais para os diagnósticos psiquiátricos, concordando com o alerta feito pelas autoras. Contudo, parece tratar-se de uma questão mais ampla, que abrange a sociedade como um todo, visto que os familiares e alguns usuários chegam ao serviço se reportando ao diagnóstico, mesmo sem ele ter sido confirmado. Como um fator positivo, nesse estudo, se verificou que a equipe de

enfermagem se reportou aos sintomas, comportamentos e queixas dos usuários e famílias, sem um cunho interpretativo, tendo prevalecido as menções referentes à insônia, tristeza, crise nervosa, agitação, seguido do pensamento desorganizado e conversa sem nexos.

O mesmo pode se aplicar ao estudo já citado, realizado no estado do Piauí, numa outra etapa da pesquisa, com visita a 849 famílias para busca ativa de pessoas com problemas de SM. Esse estudo identificou nessa população, sintomas e comportamentos tais como, queixas difusas (n=61), insônia (n=51), depressão (n=48), ansiedade (n=10), psicose (n=6) e comportamento suicida (n=3). Os autores destacaram o número elevado de casos que apresentaram sintomas de irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, episódios de ansiedade e queixas somáticas (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2012). Esses dados se assemelham aos do estudo atual, pois apresentaram comportamentos e sintomas observados e referidos pelos usuários e família e não somente os diagnósticos.

O fato de os participantes da pesquisa atual exporem suas observações e os relatos dos usuários, parece ser um indicador de que esses profissionais estão buscando escutar e observar esses usuários, num componente do acolhimento. Especialmente, para equipe de enfermagem é relevante, pois, a partir daí, podem planejar suas ações, visando ajudar o usuário e família a compreender o problema e a família a fazer uma abordagem adequada desses sintomas e comportamentos, orientando a como dar informes mais específicos, sobre o que vivenciam, ao profissional médico.

5.2.2. Medicamentos utilizados pelos usuários

No presente estudo, no que se refere aos medicamentos prescritos para os usuários com problemas de SM, as menções dos enfermeiros revelam que os ansiolíticos (Clonazepam, Rivotril, Alprazolam, Diazepam) e os antidepressivos (Sertralina, Amitriptilina, Fluoxetina) foram os mais citados. Como destaque, aparecem as menções sobre um mesmo usuário utilizar mais de um medicamento psicotrópico. Esse dado confirma o exposto anteriormente.

No tocante aos medicamentos psicotrópicos prescritos, pesquisa sobre as demandas de SM em um município no litoral do Piauí, junto a PSF locais, os autores, numa busca ativa a famílias, identificaram que (n=849), 41,1% das famílias visitadas faziam uso desses medicamentos, com ênfase para os ansiolíticos 76,3%, e os antidepressivos 17,5%, vindo a seguir outros medicamentos (tranquilizantes ou indutores de sono). Tal resultado concorda com o encontrado no presente estudo. O Rivotril e o Diazepam foram citados como os medicamentos mais utilizados para os quadros de ansiedade. O Amitril e a Fluoxetina usados para os casos de

depressão e o Dormonid utilizado como indutor do sono. A pesquisa também mostrou que 60% dos usuários referiram que “não passam sem o medicamento”, porém esses casos foram unânimes na afirmação de que gostariam de não necessitar de fazer uso do medicamento, para lidar com suas dificuldades e sofrimentos (FIGUEIREDO et al., 2021).

Resultado semelhante pode ser observado no estudo realizado em 11 municípios de Minas Gerais, com profissionais da APS. Foi constatado o uso de medicamentos psicotrópicos antidepressivos e/ou benzodiazepínicos, principalmente entre mulheres, com queixas de ansiedade e depressão (GAMA et al., 2021). Portanto, este estudo está em concordância com os achados da presente pesquisa.

Da mesma forma, um estudo realizado no ano de 2018, com objetivo de quantificar e estabelecer o perfil de utilização de benzodiazepínicos entre adultos, de duas unidades de ESF, em município do Mato Grosso, a partir de dados obtidos em prontuários que continham registro de uso de psicotrópicos, verificou-se o registro de que 164 usuários faziam uso de benzodiazepínicos, sendo o Clonazepam o mais prescrito, 70,7% (n=116). A associação desses medicamentos com outros psicotrópicos representou 66,5%, sendo a Amitriptilina a mais prescrita (35,8%). Cabe destacar, que dos usuários de benzodiazepínicos 82,9% (n=136) eram mulheres. Essa pesquisa além de corroborar os resultados do presente estudo sobre os medicamentos prescritos, também indentifica o sexo feminino como o predominante entre os usuários dos serviço e os que mais recebem prescrições de benzodiazepínicos ((REIS E SOUZA et al., 2020).

Um estudo transversal, de base populacional (PNAUM), conduzido entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, que incluiu indivíduos de todas as idades, residentes na zona urbana (n = 41.433), constatou que, entre os idosos, os fármacos mais frequentemente utilizados foram Clonazepam e Diazepam, medicamentos entre os BZD, que são fornecidos gratuitamente pelo SUS. As mulheres prevaleceram sobre o sexo masculino na utilização (FREIRE et al.,2022.). O fornecimento gratuito dos psicotropicos não se aplica a todos os municípios brasileiros conforme registrado em outro estudo (SANTOS et al., 2023). No município do presente estudo, foi observado que é possível obter gratuitamente alguns desses psicotropicos que estão disponíveis na relação municipal de medicamentos essenciais do município.

Estudo realizado em unidade básica, em município do litoral de São Paulo, com base em 130 prescrições de medicamentos psicotrópicos em 2022, evidenciou dados (compilados de registros) que 64.9% das prescrições efetuadas foram do fármaco Clonazepam. No período de uma semana, mais de 30% dos usuários renovaram a prescrição, ao menos uma vez (CAMARGO et al., 2023)

Conforme se observa nas pesquisas apresentadas, a prevalência do uso dos Benzodiazepínicos é maior em grupos do sexo feminino, em indivíduos idosos e naqueles que apresentam quadros depressivos.

Ressalte-se o tempo de uso desses medicamentos durante o tratamento deve ser determinado conforme o indivíduo e a patologia a qual se destina. No caso dos transtornos depressivos recomenda-se até dois meses, quando associado ao antidepressivo. Nos transtornos de ansiedade, até por três meses. Porém, estudos evidenciam que o tempo de prescrição, frequentemente, é superior ao preconizado, sendo observado o seu uso crônico (CAMARGO et al., 2023; FREIRE et al., 2022).

Essa crítica também aparece em estudo ecológico realizado em unidades básicas de saúde, em município do interior de São Paulo, com objetivo de caracterizar o consumo de psicofármacos dispensados para usuários atendidos nas UBS. O levantamento dos dados feito por consulta à base de dados Hygia, no período de 2008 a 2012. Os autores revelaram que um em cada cinco usuários que retiraram medicamentos do componente básico do município, utilizava psicofármacos, sendo a maioria mulheres. Os dados sugerem que apesar do consumo total de medicamentos sujeitos a controle especial ter aumentado, somente a Sertralina, o Clonazepam e a Risperidona apresentaram crescimento de consumo superior à taxa de crescimento populacional (OLIVEIRA et al., 2021^b).

Um estudo de revisão integrativa, sobre o perfil epidemiológico dos transtornos mentais na população adulta brasileira, apontou que tanto na APS quanto nos serviços especializados (CAPS) há um elevado número de prescrições de medicamentos psicoativos, para usuários de ambos os sexos, em especial os que fazem parte dos grupos dos antidepressivos, antipsicóticos, Benzodiazepínicos e Anticonvulsivantes, reproduzindo-se o modelo biomédico especializado (HIANY et al., 2018). Essa ênfase na prescrição de medicamentos se contrapõe ao paradigma adotado pelo SUS, no tocante à atenção psicossocial (BARROS et al., 2019).

O consumo elevado pode ser explicado devido ao crescente número de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, ao ingresso de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas para psicotrópicos já existentes (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017). Razão pela qual o Ministério da Saúde, por meio do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, lançou, em 2019, uma publicação específica (Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: Recomendações e Estratégias), com objetivo de promover o uso racional de medicamentos, visando informar os profissionais, regulamentar o uso e fomentar a pesquisa. Essa publicação destacou a

necessidade de restringir a prescrição de BZD, principalmente, para indivíduos com 60 anos ou mais (BRASIL, 2018).

Dessa forma, mostra-se evidente a importância de elaborar protocolos e programas de conscientização para usuários e prescritores, para se alertar sobre os perigos do uso e prescrição indiscriminada desses fármacos. Isso torna-se uma necessidade premente, quando o estudo reporta o aumento de popularidade de novos Benzodiazepínicos (SCHIFANO ET AL., 2021). Esse aumento, destacado pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020), é relevante, por conta do consumo generalizado associado às tentativas de combater os sintomas de insônia e estresse (DOKKEDAL-SILVA et al., 2022). Dados das agências de monitoramento do uso e dependência de drogas sugerem uma prevalência de uso alta e abrangente, tal como, o estudo canadense, em que os Benzodiazepínicos corresponderam a 94% das notificações de drogas sintéticas entre 2019 e 2020 (GARNEAU et al., 2021).

Em 2021, esse tipo de substâncias chegou aos mercados da América do Sul, incluindo o Brasil (DOKKEDAL-SILVA et al., 2022). A entrada dessas substâncias, no caso os medicamentos Etizolam e o Flualprazolam, ocorreu com a sua classificação como psicotrópicos controlados, por recomendação da Organização Mundial da Saúde (ANVISA, 2021).

Embora existam estudos sobre esses novos Benzodiazepínicos (DBZDs) (PETTERSSON BERGSTRAND et al., 2018), seus efeitos diretos na saúde e as implicações clínicas de sua popularização ainda são pouco pesquisados. Assim como outros BZDs, esses medicamentos podem causar repercussões indesejadas na qualidade do sono dos indivíduos, que tem sido cada vez pior na população em geral. A escala global e a alta prevalência de distúrbios do sono estão levando o fenômeno a ser considerado uma epidemia (CHATTU et al., 2019).

Apesar dos usuários inicialmente perceberem que os DBZDs são benéficos, o uso prolongado pode alterar a arquitetura do sono, uma característica comum dos BZD. Isso, combinado com o desenvolvimento de tolerância à sua ação, faz com que o tratamento prolongado dos distúrbios do sono com benzodiazepínicos tenha eficácia limitada (GUINA; MERRILL, 2018).

Neste estudo, a insônia foi um dos sintomas mais destacados pelos participantes, como uma queixa expressa pelos usuários. Talvez por isso, os BZD tradicionais tenham sido os medicamentos mais prescritos. Os comentários dos estudos expostos sobre o ingresso de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e particularmente esses novos medicamentos DBZDs, leva a refletir sobre estudo realizado na Suécia (BENDTSEN et al., 1999), na década de noventa, cujo os resultados e recomendações parecem ser, totalmente, adequadas na atualidade.

Essa pesquisa foi realizada com 213 médicos clínicos gerais, utilizando a técnica do incidente crítico, como método para o levantamento das experiências profissionais. Os dados evidenciaram que os participantes do estudo estavam cientes das diretrizes nacionais para a prescrição de BZD, porém, o tempo era insuficiente para convencer os usuários das consequências dos efeitos colaterais, assim, em geral optavam por uma prescrição como forma de lidar com o dilema entre atender as exigências do usuário ou atender as normas para a prescrição do medicamento. Isso mostrou que uma das possíveis causas para manter a prescrição dos medicamentos BZD eram as prescrições iniciadas anteriormente por outros médicos. Assim, o atual médico optava pela renovação, na busca de atender as solicitações dos usuários e evitar prejudicar a sua relação médico-usuário (BENDTSEN et al., 1999).

Com base nesses achados, os autores sugerem que a melhoria no uso racional de BZD não é alcançada apenas pela criação de novas regras pelos conselhos médicos, mas sim, pela educação dos profissionais em habilidades de comunicação e negociação. As dificuldades logísticas experimentadas por muitos médicos precisam ser abordadas, pois, em particular, parece haver necessidade de mais tempo gasto com usuários que solicitam BZD. Bem como, é importante haver nos serviços de saúde disponibilidade de alternativas de tratamentos não farmacológicas (BENDTSEN et al., 1999).

Em estudo de revisão de escopo, sobre as intervenções de enfermagem em SM na Atenção Primária à Saúde, realizado em 2019, com base em 45 artigos, os autores apontaram que é importante que o enfermeiro tenha conhecimento das peculiaridades dos medicamentos utilizados em SM, além da criação de vínculo com o usuário e familiar, para haver a corresponsabilização pelo cuidado. A terapia farmacológica, o acompanhamento e a orientação aos usuários e familiares, representam focos do cuidado de enfermagem (GUSMÃO et al., 2022).

A terapia medicamentosa com psicofármacos foi um importante avanço no manejo das manifestações do sofrimento mental das pessoas, não há como negar esse fato, o questionável são as prescrições de seu uso, indiscriminadamente, por meio da prática de renovação de receitas, sem uma avaliação ou um acompanhamento criterioso dos usuários, conforme relatado tanto nos estudos mencionados quanto no presente estudo, em decorrência da falta de interlocução com os serviços especializados.

5.3. Ações realizadas pelos profissionais de saúde aos usuários com problema de SM

No tocante ao cuidado em SM, ainda se percebem lacunas em relação ao uso das

atividade grupais como espaços de apoio e promoção da SM e de integração dos diversos grupos da comunidade em atividades que vão além da saúde. Pela própria configuração da ESF, é perceptível que houve avanços em outras práticas enquanto instrumentos de trabalho utilizados pelos profissionais, tais como a visita domiciliar no território, o qual tem potencial para ser melhor explorado, por exemplo na promoção da sociabilidade e inclusão (através de grupos na comunidade), e a menção do acolhimento como uma fase inicial para estabelecer o vínculo. Outros autores (BARROS et al., 2019) também acentuam como avanço, a visita domiciliar e o vínculo serviço/usuário/família.

No presente estudo em relação as ações dos profissionais, entre os enfermeiros destacou-se as menções relativas às orientações realizadas na consulta de enfermagem, na visita domiciliar compartilhada e na participação nas palestras conjuntas com outros parceiros. Entre os ACSs sobressaíram as menções de visitas domiciliares (sozinho ou em conjunto com outros membros da equipe) e a participação em palestras e colaboração na abordagem de questões de saúde SM. Entre os médicos, destacou-se a consulta médica e a renovação de receitas. Esta última, em virtude da prescrição dos medicamentos, segundo informações colhidas, ser realizada pelo psiquiatra do CAPS.

As ações que podiam ser realizadas de forma conjunta e que foram mencionadas pelos três grupos de profissionais, referem-se à visita domiciliar, palestras, discussão de casos consultas compartilhadas. Na menções, foram citadas as reuniões de grupos específicos de troca de experiências (para diversas faixas etárias), cujo foco era promover a saúde e integrar a comunidade. Ações e iniciativas com potencial para contribuir no atendimento aos usuários com problemas de SM, família e comunidade.

5.3.1. Consultas de enfermagem, acolhimento e visita domiciliar

A menção sobre a consulta de enfermagem como um espaço de orientações diversas entre as ações do enfermeiro na SM, concorda com pesquisa (descritiva e qualitativa através de entrevistas com sete enfermeiros), realizada em 2018, num polo de matriciamento em SM, de um município da região Norte do Estado de Minas Gerais. A expectativa era conhecer a atuação e os cuidados executados pelos enfermeiros em SM na ESF. Evidenciou-se o uso da consulta de enfermagem como tecnologia de cuidado para os usuários com problemas de SM. Nessas consultas, eram aplicados roteiros padronizados para realização de anamnese e exame clínico. Esse procedimento mostrou-se uma ferramenta importante para identificar problemas clínicos e necessidades essenciais dos usuários e facilitar a implementação de intervenções. Os autores

inferiram que a consulta com o enfermeiro é o momento em que se inicia e se desenvolve o processo de enfermagem, inclusive para os usuários com problemas de SM (GUSMÃO et al., 2022).

Os mesmos autores argumentaram que a consulta de enfermagem é uma das melhores formas para se agregar valor ao profissional enfermeiro, uma das bases para o cuidado, para permitir a autonomia do usuário e do familiar.

Em estudo de revisão de escopo sobre as Intervenções de enfermagem em SM, na APS, realizada em 2019, com base em 45 textos selecionados, os autores verificaram que a consulta de enfermagem apareceu em nove artigos (GUSMÃO et al., 2022).

Essa atividade é uma competência exclusiva do enfermeiro, regulamentada na Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/1986 e assegurada pela Resolução COFEN n.º 358/2009. Na APS, é uma prática na Atenção à Saúde, derivada da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que tem como referencial a Teoria das Necessidades Humanas e o Processo de Enfermagem, de Wanda Horta, dividido em 5 etapas: histórico, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. No âmbito da SM, a consulta de enfermagem foi destacada em dois artigos como uma intervenção cujo referencial é o relacionamento interpessoal, baseado na concepção humanista de Peplau e Travelbe, e se processa por meio da Comunicação Terapêutica e a Abordagem Centrada na Pessoa (SIMÃO; VARGAS; PEREIRA, 2022)

Esse mesmo estudo, evidencia que a consulta de enfermagem tem sido utilizada na prática desse profissional, na atenção primária no atendimento nas demandas de saúde e de SM, do usuário, bem como, revela as origens dessa prática relacionadas a duas abordagens: ao Processo de Enfermagem, de Wanda Horta; e ao Relacionamento Interpessoal de Peplau e Travelbe. Essa última, mais utilizada no cuidado à SM. Sendo ambas referenciais viáveis no atendimento de enfermagem, aos usuários com problemas de SM.

A prática clínica do enfermeiro inclui o acolhimento, a escuta e a consulta de enfermagem, constitui uma ação efetiva como instrumento assistencial e possibilita levantar informações sobre necessidades sociais e de saúde de grupos da comunidade.

Em estudo (descritivo e qualitativo) realizado em 2020, num município do Ceará, com seis profissionais enfermeiros da ESF, com objetivo de analisar a percepção de enfermeiros acerca da depressão em idosos, destacou a prática clínica de enfermagem como uma ferramenta capaz de romper a fragmentação da assistência, olhando para além dos aspectos biológicos. No caso dos idosos, os enfermeiros entrevistados consideraram que a prática clínica de enfermagem tem potencial para identificar demandas clínicas, de SM, que interferem no seu contexto de

vida, e possibilitam a obtenção de outras informações que afetam a sua saúde em geral, como sua situação de vida e aspectos culturais da comunidade em que estão inseridos (FEITOSA et al., 2021).

Na atual pesquisa, houve o interesse de conhecer a compreensão dos participantes enfermeiros a respeito do termo acolhimento, e que significado atribuem a essa prática humanizada, mencionada com muita ênfase e que não se dispõe de subsídios concretos para verificar como é realizada. Pôde ser observada a adequação da postura profissional, mediante as menções relativas a compreensão dos participantes sobre o termo acolhimento, sendo identificados dois eixos em suas menções.

O primeiro eixo, aborda a forma de atender, cujo sentido atender bem, inclui os requisitos de como se apresentar, forma de abordar, manifestar receptividade, mostrar interesse, local e forma onde receber o usuário e finalmente, criar vínculo. O segundo eixo, expõe os requisitos para a forma de se comunicar, que incluem aspectos mais subjetivos (empatia), como se conduzir na comunicação ao se ouvir e deixar o outro expor suas queixas e pensamentos, no uso de palavras de apoio, de orientação, de valorização da socialização, das trocas que fizeram, e das conversas para orientar o usuário e família, na consulta e, eventualmente, em palestras.

Em conformidade com presente estudo, pesquisa de revisão narrativa (16 artigos), cujo foco era a percepção dos usuários com transtornos mentais, acerca da ação de acolhimento promovido pelas equipes ESF, indicaram, em seus resultados, que os usuários entendem a importância do serviço e reconhecem o acolhimento como forma ágil de atendimento. Porém, estudos apontaram a necessidade de melhorar a humanização, a responsabilização dos enfermeiros e a equipes da ESF, durante o acolhimento. Os autores mencionaram o acolhimento como uma ferramenta que possibilita a aplicação de intervenções para o usuário entender sua doença e voltar a ter qualidade de vida. Destacaram que o acolhimento, como ação voltada para a SM na ESF, se caracteriza como um instrumento que visa à formação do vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário (BOTELHO; SORATTO, 2022).

Os participantes do estudo (descritivo e qualitativo) já mencionado, em município do Ceará, com enfermeiro da ESF, ao se referirem ao acolhimento, entendem que a relação do profissional de saúde e usuário vai além de tratar bem, pois presume respeito, interesse e responsabilidade, bem como, perceber as dificuldades e as necessidades que os membros da comunidade vivenciam, no seu dia a dia (FEITOSA et al., 2021)

O estudo sobre as tecnologias do cuidado em SM utilizadas nas ações e processos na APS, na perspectiva do enfermeiro, realizado em um município do Ceará, apontou que o

acolhimento é uma das tecnologias utilizadas com os usuários em sofrimento psíquico. As práticas de acolhimento incorporam estratégias relacionais que são importantes para estabelecer diálogo e compreender o problema do sujeito, o que possibilita promover um cuidado qualificado, propiciando, assim, a construção de vínculo e confiança entre os profissionais de saúde e os usuários, numa maior percepção de satisfação do cuidado ofertado no serviço (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

Portanto, os requisitos que foram mencionados pelos enfermeiros participantes desta pesquisa confirmam a compreensão do que consiste o acolhimento para a equipe de enfermagem, semelhante à apresentada em outros estudos, que enfatizaram as ações de “receber, escutar e tratar” e a “escuta qualificada”. No estudo atual, os requisitos expostos como definidores do acolhimento apareceram de forma explícita, a exemplo do também observado em outro estudo, apresentado na sequência.

Os autores de pesquisa já citada, argumentam que o profissional de saúde ao escutar o usuário demonstra sua receptividade e se mostra disponível para que esse usuário expresse livremente suas angústias e para ajudá-lo a se reorganizar, frente à sua realidade. Salientam, também, a importância do profissional, em específico o enfermeiro, adaptar sua linguagem a do usuário e evitar interpretações prematuras sobre o seu sofrimento (FEITOSA et al., 2021) .

Entretanto, a não utilização do acolhimento conforme foi mencionado, também foi constatado em outras pesquisas. Um estudo realizado no interior de Minas Gerais, com enfermeiros da APS, em sua ação profissional com usuários com esquizofrenia, evidenciou esse comentário. Os autores constataram elementos que revelavam a ausência de acolhimento e, em suas recomendações, sugeriram que a equipe deveria propiciar um ambiente de segurança para o usuário, durante o seu acompanhamento, no serviço de saúde e proporcionar-lhe um momento para pensar/refletir (ROSA; LIMA; PERES, 2021)

O mesmo estudo (ROSA; LIMA; PERES, 2021), no tocante à comunicação, enfatiza que exercer boa comunicação, exercitar a habilidade da empatia, lembrar de escutar o usuário em suas queixas emocionais são ações legítimas, e visam oferecer suporte, numa dosagem que não leve o usuário à dependência, e nem, tampouco, gere no profissional uma sobrecarga, entretanto, lhe permita reconhecer as formas de interpretar a realidade do usuário, sem recriminações.

Em estudo já mencionado (GUSMÃO et al., 2022), os autores referem que os participantes retratam o acolhimento como essencial, no cuidado à pessoa com sofrimento mental, operando na criação de vínculo com o usuário. Os resultados indicaram que o passo inicial para um cuidado eficiente, em saúde mental na APS, era acolher, considerando as

necessidades dos usuários, e estabelecer o vínculo profissional-usuário. Portanto, o acolhimento foi utilizado pelos participantes como ponto de partida para o cuidado. Dessa forma, o estudo evidenciou a importância da consulta de enfermagem e o acolhimento às pessoas com sofrimento mental, sendo esses os meios para proporcionar o cuidado integral, universal e com equidade, preconizados no arcabouço do SUS.

Menções sobre visitas domiciliares com diferentes finalidades, no cuidado em SM dos usuários dos serviços, foram relatadas em estudo já mencionado (BARROS et al., 2019), que incluíam a participação dos vizinhos, na identificação de necessidades e de grupos realizados com diferentes moradores da comunidade, com a ênfase de conhecer os recursos existentes no território, com potencial de utilização sócio/educativa pelos serviços. Esses relatos, concordam com os achados do estudo atual no que tange aos grupos realizados com populações específicas. Não houve menções, nesse estudo, da participação da vizinhança e nem da preocupação dos profissionais em conhecer os recursos que poderiam ser de apoio ao trabalho em SM, na comunidade.

Sobre as ações de cuidado visando a SM realizadas pelos ACSs, uma pesquisa (qualitativa, descritiva e exploratória com cinco ACSs), realizada em uma unidade básica da família, de um município mineiro, corrobora com o que se encontrou no presente estudo. Os ACSs realizavam orientação sobre o uso de medicamentos e sobre frequência nas consultas como ações que eram parte do cotidiano, em visitas domiciliares, além, do compartilhamento de informações dos usuários com os outros profissionais (COELHO; GONÇALVES; PEGORARO, 2023).

Os autores salientam que a relação experiencial e o conhecimento do território, fortalecem as relações ACS-usuário e família e amplia o repertório de experiências. Assim, os ACSs seriam a “ponte” entre a comunidade e o serviço da ESF, a partir da relevância do seu trabalho, com base em práticas humanizadas, que visam o sujeito em sua integralidade. Com isso, subvertem aspectos consolidados oriundos do modelo biomédico (COELHO; GONÇALVES; PEGORARO, 2023). Sobre o papel dos ACSs como mediadores, comentário similar ocorre em outra pesquisa que se refere ao ACS como, “aquele que faz a mediação de problemas e soluções”, como o personagem que evidencia as reivindicações da comunidade (FARIA; PAIVA, 2020).

A visita domiciliar é uma ação importante para o cuidado de pessoas com problemas de SM, na ESF, pois constrói e fortalece o vínculo entre a equipe de saúde/usuários/família e propicia o conhecimento da cultura, das peculiaridades da família e da comunidade, favorece a integralidade e a perspectiva humanizada, na atenção e cuidado em SM (REIS E SOUZA et al.,

2020).

Argumentos semelhantes foram colocados por profissionais da equipe de saúde da UBS em estudo realizado, em município da região norte do estado de Minas Gerais, já mencionado (GUSMÃO et al., 2022). Nele os autores identificaram a visita domiciliar como a ação que promove o acompanhamento do usuário e familiares e insere a família no autocuidado, permitindo que o serviço entenda a dinâmica familiar e avalie o envolvimento da família no tratamento.

Apesar da visita domiciliar ser uma ação que faz parte da rotina diária dos ACSs, no presente estudo, foi bastante mencionada como ação compartilhada entre os profissionais participantes. O que também foi encontrado em alguns estudos já citados (COELHO; GONÇALVES; PEGORARO, 2023; SANTOS, 2020; FARIA; PAIVA, 2020).

Quanto aos conteúdos abordados nas principais ações dos enfermeiros e ACSs, no estudo em questão, predominaram as orientações para os usuários e as famílias sobre os medicamentos, a continuidade do tratamento e os cuidados gerais de higiene e socialização. Para família, predominaram as orientações sobre apoiar e acompanhar o tratamento, sobre o uso de medicação, as formas de abordar o usuário e os locais de encaminhamento, no caso de necessidade.

Concorda com o presente estudo, a pesquisa já mencionada no município do Ceará, na qual enfermeiros da ESF relatam que, em suas orientações, buscavam esclarecer as dúvidas quanto à terapia medicamentosa, sobre a adequação do tratamento e demais orientações, por meio da linguagem simples e acessível ao usuário e família (FEITOSA et al., 2021).

Conforme o exposto no estudo atual, as orientações referentes à medicação foram mencionadas com destaque pelos participantes da equipe de saúde, o que não está de acordo com alguns estudos já referenciados (FIGUEIREDO et al., 2021; SANTOS et al., 2023).

5.3.2. A consulta médica

Conforme exposto nas menções dos médicos que participaram do presente estudo, destacaram-se as ações de consulta médica e a renovação de receitas de medicamentos psicotrópicos prescritos, anteriormente, pelo psiquiatra do CAPS. Essas duas ações foram as mais relevantes e recorrentes, sendo confirmadas pela equipe de enfermagem, embora, outras ações e atividades compartilhadas tenham sido elencadas nas menções desses e de outros profissionais. A relevância dessas duas ações é corroborada por outros estudos que serão apresentados a seguir.

Em estudo realizado com membros da equipe de serviço da ESF, de um município do estado do Ceará, destacou ações organizadas para atender os usuários com problemas de SM, de modo a garantir a dispensação de medicamentos, como único meio terapêutico disponível para o usuário no serviço. Portanto, centram-se no médico, enquanto os demais membros tem um papel coadjuvante. Além disso, a pesquisa registra que a consulta médica parece estar reduzida à renovações de receitas de medicamentos psicotrópicos que os já usuários utilizam e que os questionamentos feitos ao usuário eram restritos a indagar “se está tudo bem”, “se a medicação está funcionando”, ou se “teve alguma intercorrência durante o uso” (SANTOS et al., 2023).

A prática de renovação de receitas pelo médico generalista, em serviços de APS, de municípios de MG, foi uma ação justificada pelas dificuldades do usuário para ter acesso ao médico psiquiatra, (GAMA et al., 2021).

Estudo mencionado anteriormente (FIGUEIREDO et al., 2021), ao discorrer sobre a relação médico-usuário, destacou que das famílias (n=849) com usuários com problemas de SM, 22,5% não conversavam com seu médico sobre o medicamento utilizado para esclarecimento de dúvidas, de efeitos colaterais ou de benefícios, entre outros, e 11,2% desconheciam a finalidade da medicação que utilizavam.

O mesmo estudo registrou que as equipes de saúde, frente aos usuários identificados com problemas de SM, quando não encaminhados a serviços especializados, limitavam-se a prescrever os medicamentos e a atualizar as receitas psiquiátricas. Cabe destacar que os médicos responsáveis pela prescrição dos medicamentos psicotrópicos era psiquiatra do serviço especializado e o médico da ESF. Os autores argumentam que tal prática trata a SM como problema intrapsíquico e o procedimento terapeutico resumido à ação de único profissional (FIGUEIREDO et al., 2021).

O estudo de revisão de escopo sobre intervenções de enfremagem na APS concorda com a última afirmação referenciada anteriormente. Os autores argumentam que a atenção à SM centra-se na doença, no atendimento clínico e no diagnóstico de competência exclusiva médica. Isso reforça uma concepção biomédica da SM, com ênfase em tratamentos restritos às medicações (SIMÃO; VARGAS; PEREIRA, 2022).

Verifica-se nesses estudos, com pequenas diferenças qualitativas, que a ação de consulta médica é valorizada. Entretanto, parece estar muito empobrecida, por se reduzir à dispensa de medicamentos psicotrópicos e renovação de receitas. Isso precariza uma relação importante de um encontro entre duas pessoas, uma com possibilidade técnica e científica de ajudar, que necessita ter disponibilidade para ouvir e a outra que precisa dessa ajuda, oferecida

com tempo e respeito. Esse último aspecto, também se aplica aos demais elementos da equipe de saúde.

5.3.3. Encaminhamentos e registros das ações

Nesse estudo, acerca do encaminhamentos para os serviços de saúde de usuários de SM, os participantes enfermeiros, em suas menções, destacaram o CAPS. Entre os ACSs, prevaleceu a orientação e encaminhamento para a ESF.

Em estudo que abrangeu vários municípios no Piauí, junto a PSF, identificou que, em geral, frente a casos diagnosticados com problemas de SM, as equipes se restringiam a encaminhá-los para o CAPS. Quanto aos registros concernentes aos casos de SM, os autores destacaram que apenas sete equipes, na época, os mantinham atualizados (consultas e prescrição de medicamentos). As outras equipes entendiam que devido ao usuário apresentar demanda em SM, seu atendimento e acompanhamento, deveria ser responsabilidade do CAPS. Portanto, para tais unidades, a APS não era a entrada e a ordenadora da RAPS (FIGUEIREDO et al., 2021).

Em estudo de revisão de escopo já mencionado, com base em 45 textos selecionados, os autores verificaram que em alguns casos (onze deles), as intervenções em SM limitavam-se a acolher a demanda de SM e, na sequência, encaminhar para o médico ou para os serviços de saúde especializados. Com isso, argumentam que o enfermeiro transfere a sua responsabilidade pelo cuidado e diminui a sua capacidade de intervir. Para os autores, fica evidente a contradição a respeito da capacidade e a autonomia do enfermeiro na APS, em atender as formas de sofrimento prioritárias no atendimento e as doenças predominantes ao território (SIMÃO; VARGAS; PEREIRA, 2022).

Para os autores, na concepção de Rede de Atenção à Saúde, os encaminhamentos a serviços especializados em SM, de usuários que necessitam de cuidado específico, são necessários para que haja integralidade nas intervenções. Na sequência dessa mesma lógica, situam-se os encaminhamentos para outros profissionais de saúde, pois estão na área de sua abrangência de conhecimento e responsabilidade. Nas duas situações, o enfermeiro da AB deve esgotar o escopo de intervenções de sua competência, para que os encaminhamentos sejam qualificados e para que respeitem a longitudinalidade e a integralidade do cuidado (SIMÃO; VARGAS; PEREIRA, 2022).

Em pesquisa realizada com profissionais da APS em municípios de MG, os participantes apontaram dificuldades na comunicação entre os serviços e ausência de uma

agenda que incluía momentos para construir a integração. Além disso, mencionaram não existir protocolos sobre como os usuários com problemas de SM devem ser encaminhados para o CAPS e quais casos devem ser acompanhados na APS. Na ausência de articulação com o CAPS, a APS recorre às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais psiquiátricos (GAMA et al., 2021).

A prática dos encaminhamentos de usuários da APS e a desarticulação entre os serviços foram apontados em pesquisa qualitativa de intervenção, realizada em município de MG (março a dezembro de 2010), com participantes de 21 equipes de ESF. Como consequência houve problemas de sobrecarga para o CAPS ad, que já não conseguia suprir a demanda de tratamentos do município. Evidenciando, assim a falta de intersetorialidade, em sua maior parte, gerando uma atuação de maneira isolada (COSTA et al., 2013).

Os autores dessa mesma pesquisa sugeriram a necessidade de um planejamento inicial, na entrada do usuário, que fosse flexível, maleável e passível de modificações, a partir do mapeamento de demandas, de dificuldades, de definição de problemas e da possibilidade de seu enfrentamento e/ou resolução. Salientaram, ainda, que no Brasil, a população ainda procura as equipes de ESF, com demandas predominantemente curativas e remediativas, como as consultas médicas e odontológicas, a solicitação de medicamentos e de procedimentos como curativos e vacinação. Outro indicativo acerca dos profissionais de saúde, em sua formação e atuação, parece estar muito centrado na doença e nas suas manifestações, que no atendimento mais amplo a pessoa.

Sobre os meios de registrar as ações os participantes, o estudo atual apontou que a principal forma de registro era o sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), disponibilizado pelo Ministério de Saúde. Os relatos apontam que o programa não favorece descrever os conteúdos das ações de SM, permitindo apenas marcar “o item SM”. As informações sobre parceiros colaboradores (universidades, serviço especializado), no caso de palestras, grupos de orientação e a quantidade de participantes nessas atividades, só poderiam ser registrados se esses colaboradores tivessem o cartão SUS, caso contrário, não poderiam ser registrados.

Diante dos relatos dos participantes do presente estudo sobre não ser possível especificar as ações de SM no PEC, nos serviços de ESF, ressalte-se que o PEC é um sistema de software que integra a Estratégia e-SUS AB, cujos objetivos são: fazer a integração e compartilhar as informações em saúde no contexto da AB; qualificar o registro clínico realizado pelos profissionais; potencializar o processo de trabalho; registrar planejamentos das ações de prevenção de doenças; e a promoção à saúde e a gestão do cuidado ofertado pelas equipes de

saúde da ESF (GOMES et al., 2019).

Corroborando os dados do presente estudo, uma pesquisa realizada no interior de São Paulo, com profissionais de cinco equipes da AB, identificou, por meio de relatos dos profissionais, a falta de indicadores específicos para os casos de SM, mais comuns, no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Isso foi apontado pelos participantes como um impeditivo para sistematizar os problemas de SM, no território e para a inclusão de indicadores de demanda de SM, o que é considerado como prioritário e fundamental para o planejamento das ações de saúde locais e para a decisão de políticas públicas (SOUZA; LUIS, 2012).

Concondante com essa pesquisa, a pesquisa (GONCALVES et al., 2013), já relatava, há dez anos, a inexistência de registros médicos padronizados (eletrônicos ou em papel) ou diretrizes clínicas, especialmente, desenvolvidas para cuidados primários.

O estudo (COSTA et al., 2013), reportando-se ao conhecimento já produzido sobre os investimentos na APS no Brasil e boa parte da América Latina e Caribe, evidenciou que embora os profissionais e gestores mencionassem atribuir grande importância às ações de prevenção e promoção de saúde, essas ainda estavam ocorrendo de forma paralela.

Acresça-se a essas colocações a constatação de que no âmbito da APS, no contexto latino-americano, há muito se verifica a insuficiência de recursos humanos, financeiros, de infraestrutura, pouca efetividade nos requisitos de integralidade e intersetorialidade da rede assistencial (OPS/OMS, 2007).

Por fim, na última estimativa de SM, da OMS, mais de 25% da região das Américas reportou que não havia dados de SM sendo computados nos dois últimos anos. Considerada a maior taxa mundial, junto com os percentuais do Sudeste Asiático (WHO, 2020). As fragilidades dos serviços voltados à SM serão perpetuadas com a escassez de informações que subsidiem o planejamento de ações voltadas à melhoria do cuidado. Daí a importância do estímulo a pesquisa e o registro das informações sobre o cenário da SM no Brasil e em âmbito mundial (OPS/OMS, 2007; WHO, 2020).

5.3.4. Palestras e parcerias

Como outra ação que predominou nas menções dos participantes do atual estudo, figuram as palestras. Segundo os relatos, os temas mais abordados nas ações de palestras são referentes aos transtornos psíquicos, como depressão e ansiedade e dependências de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e outras drogas). As palestras tem sido um expediente utilizado com bastante frequência, no serviço de APS, objetivando educar para a saúde e/ou integrar a

comunidade. Isso pôde ser observado em estudos, de outras regiões do país. Outras temáticas abordadas nas palestras, são centralizadas nos relatos sobre doenças ou hábitos considerados não saudáveis.

Pesquisa, em município da Bahia, realizada com base nos livros de registros de educação em saúde do serviço, com o objetivo de identificar as práticas de educação em saúde na ESF, mostrou predomínio de palestras para os usuários do serviço. Ficou evidente que a palestra, enquanto estratégia utilizada para sensibilizar o usuário, eram de conteúdos baseados na intuição e se centralizava em informações sobre doença, pouco permitindo a participação dos ouvintes. Os autores concluíram que essa abordagem interfere no processo de saúde em doenças do território, pois distorce a finalidade da sensibilização e a promoção em saúde para o coletivo, preconizada na AB (PAUDARCO et al., 2020).

Outro estudo realizado com profissionais da ESF, em um município do estado Rio Grande do Norte, apontou as palestras como principal método de educação em saúde, direcionado aos usuárijas. Os autores sinalizaram como aspectos negativos desse método, o fato dos usuários serem apenas ouvintes, espectadores e não participantes ativos da ação. Eles mencionaram que tal abordagem pode ser insuficiente, para que ocorra o aprendizado, pois a presença física durante o desenvolvimento de uma atividade educativa, por si, não implica em apreender ou construir conhecimentos (MAIA et al., 2018).

Embora um estudo de revisão acerca dos saberes e práticas do enfermeiro, no tocante à educação em saúde no contexto da ESF, tenha apontado que a educação em saúde é concebida por enfermeiros como atividades grupais, essas atividades eram realizadas, em geral, por meio de palestras educativas. Essa pesquisa amplia um pouco abrangência temática dessa estratégia, pois incluiu aspectos sobre o cuidado, a prevenção de doenças, a alimentação saudável e obtenção da “cura” de determinadas doenças. Houve, entretanto, uma mudança no espaço onde a palestra ocorria, geralmente, sendo realizadas em grupos já existentes na ESF, como grupo de gestantes, de idosos e de adolescentes na escola, por meio do Programa Saúde na Escola (MARINHO et al., 2022).

Verifica-se pelo exposto, que a palestra é uma ferramenta utilizada pela enfermagem e pela equipe de saúde como um todo nos serviços de AB, particularmente, os que têm ESF. Sua efetividade, como instrumento de aprendizado e conscientização, pode ser questionada, conforme se observa em argumentos colocados pelos trabalhos supracitados. Entretanto, é um recurso que os profissionais têm para transmitir conhecimentos e fornecer apoio, uma vez que permite a aproximação com os grupos da comunidade. É necessário, porém, encontrar maneiras mais interativas no manejo dos temas apresentados e identificar os interesses dos participantes

nos conteúdos que vão ser apresentados, para que tenham sentido e facilitem, de fato, a compreensão sobre o assunto exposto.

Em algumas ações mencionadas pelos participantes desse estudo, constatou-se a colaboração de parceiros na sua execução. Estas incluíram as instituições de ensino superior e os serviços especializados, sendo, por vezes, mencionados conjuntamente. Cabe salientar, que houve menções de participantes sobre a não realização de ações de SM, no serviço em que atuavam (10 menções), e em outros casos, esse dado não foi relatado (6 menções) pelos participantes. Como se trata de um número de menções considerável, cabe a reflexão sobre quais seriam as ações que os participantes desse grupo consideraram ser de SM, no nível de um serviço de ESF.

A parceria de instituições e o envolvimento de vários outros membros, nas ações de SM, ficou evidente em pesquisa realizada num município de Mato Grosso, que envolveu docentes de uma universidade, residentes de curso de saúde da família, graduandos de enfermagem e os profissionais de saúde. Estes participaram das visitas domiciliares, consultas individuais ou compartilhadas e das reuniões de grupos desenvolvidos pela ESF, para usuários de serviços de ESF (553). Entre as atividades desenvolvidas, foram abordados aspectos sobre uso correto de medicamentos, riscos da automedicação, temas de SM e prevenção do sofrimento psíquico, no enfrentamento do processo saúde-doença (SANTOS et al., 2019). O estudo supracitado, confirma o que foi mencionado no atual estudo, sobre a participação da universidade como parceira dos serviços de ESF, em empreendimentos com propósitos educativos e de conscientização, para manter e melhorar a qualidade da saúde da comunidade.

Um estudo de revisão de escopo (SIMÃO; VARGAS; PEREIRA, 2022) identificou o enfermeiro, em três estudos, como um facilitador de ações interdisciplinares, no matriciamento, com a retaguarda dos serviços especializados, como interlocutor entre os serviços, a família e o usuário. Para os autores do estudo, as discussões sobre os casos de SM envolvendo profissionais de diferentes serviços, ampliam as relações, o compartilhamento e a responsabilização pelo cuidado. No estudo acima, observou-se o pequeno número de artigos que colocaram o enfermeiro como articulador e interlocutor dos serviços. Esse aspecto foi observado no presente estudo, pois os relatos mencionam que profissional enfermeiro, quando era o caso, apenas encaminhava o usuário e as família, para o serviço especializado.

Os dois trabalhos reiteram a existência das parcerias mencionadas pelos participantes do presente estudo, entre os serviços da ESF, universidades e serviços especializados, em outras realidades, confirmado, nas menções, de tipos de iniciativas que eram realizados conjuntamente e que os elementos envolvidos (professores, alunos de graduação, especialização). Em algumas

menções, foram citados o apoio de profissionais especializados, no acompanhamento aos usuários com problemas de SM.

5.4. Percepção dos enfermeiros da ESF sobre o atendimento oferecido aos usuários de SM

Quanto à percepção dos profissionais da ESF sobre a realização do atendimento aos usuários com problemas de SM, apenas foram os enfermeiros mencionaram esse ponto. Nessas menções, os enfermeiros expressaram sua visão sobre o usuário com problemas de SM, a maneira de abordá-los (cautela em todos os sentidos, aparentemente, na recepção e na comunicação com o mesmo), e seus sentimentos nos contatos com o usuários (dificuldade, receio, insegurança). Alguns participantes reportaram sobrecarga e insatisfação, está última atrelada ao resultado das intervenções realizadas com usuários, quando este não atende suas expectativas. Nesse contexto, os enfermeiros citam o despreparo da equipe e relatam as características que observam sobre o relacionamento e atuação da família com o usuário com problemas de SM.

No agrupamento das menções, foram caracterizados eixos temáticos: no primeiro eixo, destaca-se o despreparo e a falta de capacitação da equipe, sendo mencionadas situações de estigma e preconceito em relação ao usuário com problema de SM; no segundo eixo, predominam as menções sobre as peculiaridades do usuário, de abandonar ou não aderir o tratamento; o terceiro eixo, relaciona-se com a família, com menções que destacam a não aceitação do usuário e a ausência de apoio e colaboração no tratamento. Nos três eixos, infere-se que o foco predominante da equipe é a necessidade de adquirir habilidades e capacitação específicas, para atender as demandas desse usuário e sua família.

Em relação às menções da falta de preparo e capacitação da equipe na área de SM, outros estudos corroboram esse dado. Como os resultados de uma pesquisa de natureza exploratória e qualitativa, realizada num município de Goiás, com vinte equipes de profissionais (seis) das ESF, cujo intuito foi identificar entraves na assistência à SM, com base nas percepções e práticas da amostra sobre a SM, na APS, foram identificadas, dentre as barreias à prática do cuidado das demandas de SM, a incapacidade no manejo e o receio no contato com usuário (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020).

O estudo (SANTOS et al., 2023), realizado na região centro-sul do estado do Ceará, evidenciou as dificuldades que os profissionais, das equipes das ESF, encontravam em lidar com usuários que relatavam alguma manifestação de sofrimento mental. Dentre estas

dificuldades estavam os receios de abordar os usuários e de lidar com comportamentos como choro. O que traziam insegurança sobre o “que falar e o que fazer”. Tais resultados se assemelham com os encontrados no presente estudo.

Como um resultado adicional, os profissionais participantes do último estudo mencionado, relataram que durante a formação acadêmica, apesar das amplas discussões referentes à atuação na APS, o tema de SM não era aprofundado. Tal aspecto identifica um outro ponto que merece ser pesquisado pelas intuições de ensino superior e profissionalizante. No estudo de Barros et al (2019), frente aos resultados encontrados, os autores se questionaram sobre as razões da formação aparecerem como o principal impasse, para viabilizar a incorporação da SM, no processo de trabalho na ESF.

Outro estudo (exploratório qualitativo), realizado em município da região Centro-Sul do Estado do Ceará, com enfermeiros (dez) da ESF, enfatizou aspectos da formação/capacitação profissional. Seus resultados apontaram a falta de especialização/formação em SM, a fragmentação do conhecimento acerca da especialidade e a falta de capacitação profissional, como fatores relacionados às dificuldades e aos desafios na assistência aos usuários com problemas de SM (FILHO et al., 2020)

Na questão do preparo, pesquisa (qualitativa exploratória e descritiva) realizada com enfermeiros (oito) atuantes em UBS, de município de Santa Catarina (2020), mostrou que na realidade local, os enfermeiros afirmaram não se sentir capacitados para cuidar de usuários com transtorno mental e citaram como dificuldades, a insegurança decorrente da falta de experiência e de conhecimento. Os autores pontuaram a importância da qualificação profissional específica para esses profissionais (KUSE et al., 2022)

Estudo (exploratório qualitativo) realizado em 2010, em um município do interior de São Paulo, com a participação de (50-100%) profissionais de saúde, de cinco equipes de ESF, destacou que do total de participantes, 19 (38%) eram agentes comunitários de saúde, e constituíam uma parcela significativa das equipes que estavam atuando nas demandas de SM da comunidade. Os autores da pesquisa reconheceram que os ACS careciam de habilidades específicas para lidar com pessoas com problemas de SM (ZANETTI et al., 2019).

Percebe-se nesses estudos que as deficiências de formação dos profissionais, da equipe de enfermagem e da equipe de saúde, bem como, a falta de políticas de educação continuada, no que se refere às demandas de SM, estão presentes e se fazem sentir, como carências no cuidado ao usuário com problemas de SM, nos relatos dos profissionais participantes de estudos, em diversos municípios do território brasileiro.

5.5. Percepção dos enfermeiros sobre os desafios e dificuldades no atendimento de SM

5.5.1. Peculiaridades no atendimento aos usuários

Nesse tópico, desafios e dificuldades no atendimento das pessoas com problemas de SM agruparam-se nas menções relativas aos participantes enfermeiros, sendo percebidas como obstáculos ao atendimento do usuário e como dificuldades enfrentadas no seu cuidado. As informações contidas nessas menções permitem concentrar os desafios e dificuldades em três eixos: a equipe de enfermagem, o contexto assistencial e as peculiaridades observadas nesse usuário, que parecem dificultar a sua relação com o outro.

Os relatos repetem os temas já explorados anteriormente. Como fator novo se relaciona com o contexto em que se promove a assistência, tais como o espaço e a equipe de enfermagem, em quantidade e qualidade. Foram bastante evidenciados nas menções dos participantes as dificuldades da equipe, sem preparo específico, para abordar o usuário com problemas mentais, em decorrência da falta de capacitação dos profissionais.

Sobre as peculiaridade das pessoas com problemas de SM, bem como a participação das famílias, foram tópicos já mencionados e discutidos, no presente estudo, nos itens caracterização dos usuários e ações da enfermagem, respectivamente. Contudo esses dois atores foram mencionados, novamente, pelos enfermeiros, enquanto características que influenciam no cuidado, pois foram sentidas/percebidas na relação entre eles.

A ênfase, em temas já mencionados, sugere a importância que lhes foram atribuída como fatores que interferem no desenvolvimento do cuidado, no serviço e na sobrecarga da equipe, particularmente, na de enfermagem. Deve-se questionar se os participantes percebem a dualidade na sua relação com o usuário com problema de SM, e também, o investimento que está sendo feito para melhorar o cuidado, com vistas a promover a adesão do usuário ao tratamento e à colaboração do familiar.

Nas ações de enfermagem, tanto nas menções de enfermeiros quanto nas dos ACSs, apareceram orientações para que usuário com problemas de SM evitasse o isolamento social, aparentemente, por se considerar esse comportamento como sinal de doença. Isso realmente pode acontecer, mas é necessário estar alerta para as manifestações precoces de surtos e suas consequências, que ainda não tem um diagnóstico formal. A doença mental pode levar a pessoa a evitar o contato social, inclusive com amigos próximos e alguns familiares. Parece que a equipe de enfermagem tem essa compreensão, porém, além de orientar para que não se isolem, não se observam iniciativas de proporcionar ações que minimizem o isolamento social dos

usuários com problema de SM.

A mesma situação se observa quando o usuário parece não querer colaborar com o tratamento, por não escutar ou “obedecer” às orientações das equipes. Sobre essas questões, o estudo de Barros et al., (2019) concorda com esses achados, pois identificou mesmas peculiaridades em relação aos trabalhadores de saúde e atribuindo essa percepção ao despreparo, pois essas demandas sugerem a necessidade de intervenção, especificamente, direcionada para esse tipo de casos. O profissional deve estar preparado para intervir com técnicas que busquem a escuta qualificada, assim como, perceber quando deve solicitar o matriciamento ou mesmo a transferência para um serviço especializado, evitando situações mais graves.

Semelhanças com o exposto, foram observadas no estudo (FILHO et al., 2020), em que os enfermeiros perceberam o próprio usuário como uma barreira ao cuidado, ao alegarem o “*querer*” dos usuários que, às vezes “não possuem vontade ou desejo em participar do processo de reabilitação”, resultando no abandono do tratamento e no desestímulo à participação da família no processo, essencial para a continuidade do tratamento. Contudo, os autores destacam que, poucas vezes, foi citada a realização de ações de acolhimento, escuta e preocupação com o retorno dos usuários, às unidades. Argumentam, ainda, que enfermeiros despreparados para atuar com problemas de SM, podem estar oferecendo ações de cuidado superficiais, que desconsideram as necessidades dos usuários.

Cabe destacar, que a relação enfermeiro/usuário é um encontro de duas vias, por isso, não cabe responsabilizar apenas o usuário pelo desinteresse, por não aderir ao tratamento e pela desmotivação dos familiares. Há de se refletir sobre o que compete a cada um desses participantes, na efetividade dos resultados alcançados. Uma pesquisa de revisão de literatura (ONARI et al., 2020) elucida o comentário feito, anteriormente, segundo a percepção de familiares, a respeito de suas vivências e envolvimento no tratamento do usuário, bem como a percepção do apoio que recebem dos serviços.

O estudo mencionado (ONARI et al., 2020) que versa sobre a inclusão da família na assistência em SM, na sua realização perpassou as seis etapas preconizadas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005) e abrangeu o período 2011-2015, incluiu posteriormente 21 artigos nacionais. Entre os materiais analisados, prevaleceram artigos que apontavam a sobrecarga familiar, devido ao cuidado à pessoa adoecida, (que em geral recaiu sobre um membro) e a aceitação da doença mental pela sociedade e família, como um fator importante para reduzir essa sobrecarga. Nos relatos dos familiares, ficaram evidentes os sentimentos de aflição, tristeza e a necessidade de ter ajuda.

No mesmo estudo, os outros artigos relatam sobre os aspectos positivos e negativos a respeito do tratamento oferecido pelos serviços especializados. Destacaram como positivos, a inclusão de serviços substitutivos e a inserção dos usuários com transtornos mentais na AB, o que facilitou a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, diminuiu internações psiquiátricas. Como negativos, houve estudos que assinalaram a falta de orientações a respeito do encaminhamento e continuidade do tratamento. Os autores da revisão concluem que a sociedade, bem como as famílias, tem pouco preparo e apoio para acolher a pessoa com problema mental, indentificando uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se espera ter em SM (ONARI et al., 2020).

No presente estudo, algumas menções dos participantes se reportavam à família como elemento que parecia ser omissa com seu ente que apresentava problema de SM. Foi percebida a necessidade de incentivo a participação do tratamento e do acompanhamento nas consultas médicas. Cabe resaltar as colocações feitas, num estudo já mencionado (BARROS et al., 2019), os relatos mostram que os trabalhadores de saúde percebem os usuários com transtornos mentais como “abandonados por familiares”, razão pela qual ficariam isolados socialmente. Os autores argumentaram, reportando-se ao conhecimento já produzido na área, que familiares sentiram dificuldades para prover cuidados à pessoa doente mental, por desconhecerem as conseqüências de seu quadro. Da mesma maneira, relatos, nesse estudo, indicaram que o cuidado ao doente mental gera sobrecarga emocional e física em seus familiares.

Contudo, os mesmos autores (BARROS et al., 2019) reiteraram que a ESF tem como foco principal de atenção a família e sua saúde e segundo sua percepção, pessoas com transtorno mental estão sendo abandonadas. É compreensível, que a família esteja sobrecarregada, porque não está sendo assistida ou não está tendo suporte adequado. O que é um indicativo de que a ESF tem dificuldades de atuar nesse sentido.

São pertinentes e oportunas as afirmações de Kuse et al., (2022), de ser necessário haver a ruptura com os próprios preconceitos, ao trabalhar com pessoas com transtorno mental e desvincular-se da visão de agressão e medo, em relação ao usuário, e do hospital fechado e especializado como única forma de tratamento.

Essa reflexão, certamente, se aplica aos participantes do presente estudo e de outros enfermeiros que atuam na APS, da mesma forma, que a reflexão sobre o papel do treinamento especializado, no cuidado de usuários com problemas de SM, também necessita ser incentivada.

Sobre essa questão, uma pesquisa (quase experimental com avaliação de desempenho), para investigar a efetividade de um modelo de cuidado compartilhado, realizou treinamento para melhorar a colaboração entre profissionais e a detecção e gestão de cuidados em SM, na

APS, em quatro grandes cidades brasileiras (período de 2009 a 2010), por meio de instrumentos de mensuração padronizados, para identificar problemas de SM, nesse nível. Em síntese, o estudo mostrou que, após a intervenção, não foram observadas mudanças em termos de taxa de reconhecimento dos problemas, na amostra total (240 profissionais) e trouxe o alerta que problemas no contexto local, possam ter contribuído para a falta de efetividade do treinamento. Foram sugeridas a inclusão de alterações no sistema de atendimento, o que poderia reverter em mudanças confiáveis de comportamento, e oferta de modelos educativos mais específicos (GONCALVES et al., 2013).

O destaque desse estudo refere-se aos enfermeiros, pois houve aumento significativo em suas taxas de reconhecimento dos problemas de SM (de 23% para 39%, $P=0,05$) e nos relatos de cuidado centrado no usuário, mas sem mudanças em outros resultados secundários. Os autores concluíram que capacitar profissionais em um modelo de cuidado compartilhado não apresentou melhoras consistentes no reconhecimento ou gestão de problemas de SM (GONCALVES et al., 2013). Contudo, o resultado sobre os enfermeiros é encorajador e identifica o potencial dessa categoria para incorporar conhecimentos referentes à SM e aplicá-los na prática.

Esse estudo revela que a sensibilização das equipes de enfermagem e de saúde como um todo é necessária, e vai além da oferta de conhecimento específicos em SM, incluindo alguns requisitos como o incentivo da busca do autoconhecimento, centralizado na indentificação das próprias crenças e valores dos profissionais, de forma a minimizar sua influência na percepção sobre os comportamentos e sintomas de pessoas com problemas de SM.

Quanto às outras menções sobre o contexto assistencial dos serviços de ESF, como o espaço onde acolhem e cuidam dos usuários com problemas de SM e a presença de protocolos assistenciais padronizados, incluindo os encaminhamentos, outro estudo (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020), igualmente relatou a falta de processos de trabalho específicos para a SM e a incompreensão de como realizar o acompanhamento (despreparo da equipe, intervenções efetivas, educação permanente) e melhorar a interlocução, de carência entre os serviços de saúde, o que inviabilizou a garantia da integralidade do cuidado.

A respeito da sobrecarga de trabalho, estudo já mencionado (FEITOSA et al., 2021), realizado com enfermeiro da ESF, observou que esse problema pode estar relacionado à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e de usuários do território, pois o enfermeiro possui funções assistenciais e de gerenciamento da unidade. Por esse motivo, os autores argumentaram sobre a necessidade de dimensionamento de enfermeiros nos serviços,

de maneira a garantir a qualidade do cuidado e evitar iatrogenias aos usuários do serviço ou à equipe de trabalho. Além disso, recomendaram o trabalho em equipe, como estratégia para o enfrentamento das dificuldades, a educação continuada e a criação e fortalecimento dos vínculos com a comunidade, bem como, uma renumeração que evidencie a valorização desses profissionais.

As dificuldades na integração entre os serviços de saúde prestadores de assistência ao usuário e a falta de outros profissionais foram pontos mencionados no estudo atual, que concordam com os resultados de outra pesquisa (KUSE et al., 2022), que apontou esse fator como um dos problemas que dificultam o fortalecimento da rede, para o adequado manejo do usuário. Por esta razão, os autores afirmaram que trabalhar com SM é um desafio para os profissionais. Apontaram ainda a possibilidade de contar com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para os atendimentos que exigiam abordagem psiquiátrica de urgência.

Foram observadas, em estudo realizado em município de MG, dificuldades de articulação entre os serviços de saúde da rede, com as noções de trabalho intersetorial baseadas apenas na junção de diferentes setores, para a realização de ações com caráter pontual (COSTA et al., 2013).

Sobre essas últimas colocações, cabe destacar que se a rede funcionasse de maneira integrada e houvesse um bom acompanhamento dos serviços de AB e apoio efetivo dos serviços especializados locais, mediante a comunicação, todos atentos às eventuais mudanças de comportamento do usuário e aos relatos de seus familiares, talvez não houvesse tanta necessidade de utilização de equipes de urgência móvel.

Um problema adicional apareceu em estudo (GAMA et al., 2021), cujos autores relataram que uma das dificuldades dos profissionais no atendimento das demandas de SM era a imposição das gestões (não só em nível municipal, mas também federal) do cumprimento de metas estabelecida de atendimento, para uma maior quantidade de usuários no serviço. Foi notado que, dedicar tempo a escutar o que o usuário tinha a dizer sobre seu agravo de saúde, entender a história da doença, os cuidados com a sua saúde e orientações gerais para o autocuidado eram práticas cada vez mais escassas nos fluxos de trabalho, enquanto uma onda de “renovação de receitas” havia se propagado nas unidades de saúde.

Os argumentos de estudo (GONCALVES et al., 2013) registram a expectativa que a promoção de um modelo de cuidado compartilhado ajudaria as equipes de atenção primária e de SM a melhorar a comunicação, no apoio ao cuidado centrado no usuário, e no reconhecimento de manifestações de sofrimento mental, o que viabilizaria desenvolver

modelos de cuidado compartilhado para os problemas de SM e integrar a comunidade na sua execução.

Cabe destacar, que a introdução de um modelo de atenção compartilhada (apoio matricial) entre a atenção básica e as equipes de SM foi prevista em diretrizes lançadas pelo governo brasileiro, nas quais havia a previsão de equipes específicas, para dar apoio aos profissionais da atenção primária, para promover a educação permanente em SM, para a equipe da atenção básica e operar uma melhor integração entre esses serviços públicos de saúde (SIMÃO; VARGAS; PEREIRA, 2022)

Estudo (qualitativo) realizado na APS de um município da mesorregião metropolitana de um estado da Região Sul, com enfermeiras (amostra intencional 76), mostrou a potencialidade dessas profissionais para o desenvolvimento do processo de trabalho, com ênfase na reorganização dos serviços e no fortalecimento do seu envolvimento com a população, de modo a ampliar e qualificar a APS. O relato de ações inovadoras valorizaram o conhecimento e prática de enfermagem, na comunidade e indicaram a superação do modelo médico-centrado, enfatizando a integralidade e qualidade de atenção aos usuários e equipe de saúde. Condições essas inerentes ao processo de trabalho, tanto na gestão do serviço, como no gerenciamento do cuidado (OLIVEIRA et al., 2021^a).

5.6. Possibilidade de incluir a CPLE, nesse cenário

Já foi mencionado anteriormente, a potencialidade do enfermeiro da APS, para o desempenho de ações de cuidado aos problemas de SM, devido a percepção e conhecimento mais pautados na integralidade e por incluir relações com o contexto (comunidade, família e outras instâncias de apoio, lazer e educação), com o usuário e com os demais membros das equipes de enfermagem e saúde. O estudo já referenciado (OLIVEIRA et al., 2021^a), revela essa possibilidade no aspecto do gerenciamento de serviços e do gerenciamento do cuidado aos usuários com o desenvolvimento de ações inovadoras, talvez por serem mais flexíveis e adequadas à comunidade.

As menções dos enfermeiros, no presente estudo, possibilitaram identificar alguns indicadores que permitem esboçar um diagnóstico do contexto dos serviços de ESF onde atuam e nos quais realizam a assistência aos usuários com problemas de SM. Com os resultados obtidos é possível traçar delineamentos que sejam revertidos num cuidado mais efetivo a esses usuários e seus familiares.

Esquema 5. Interferências no cuidado: necessidades identificadas nas menções dos enfermeiros



Fonte: próprio autor

Foi elaborado um esquema com as principais necessidades identificadas a partir das menções dos enfermeiros, uma delas refere-se à necessidade de investimentos em recursos humanos, principalmente, em atividades que promovam sua sensibilização e capacitação, no intuito de diminuir preconceitos e estigma, que acompanham a doença e o doente mental (BARROS et al., 2019; CRUZ; SANTOS, 2019). Contudo, a realização de um trabalho com o objetivo de sensibilizar e modificar as crenças e atitudes das pessoas, para ser efetivo, precisa ter continuidade, ao longo do tempo (COSTA et al., 2013).

A capacitação pode ocorrer dentro da perspectiva da educação permanente, com objetivos práticos voltados para o processo de aprendizagem dinâmico e vivenciado no cotidiano dos serviços, acompanhada de conteúdos que visem a qualificação das equipes para as ações em SM, como previstas para o nível da APS. Nessa atividade, o estudo mostrou (COSTA et al., 2013) que é importante envolver os gestores dos serviços, por meio do agendamento de reuniões, em que, se apresente o desenvolvimento das ações e solicitação de sua colaboração, quando for necessário, com objetivo de inseri-los no processo.

As estratégias de aprendizado podem incluir materiais didáticos e educativos apresentados em reuniões de curta duração, assim como reuniões de discussão de casos relatados pela equipe de enfermagem, como de difícil manejo para os profissionais. O planejamento dessas atividades pode ser apresentado como parte de um programa educativo e de suporte, cuja agenda seja elaborada em conjunto com os participantes, com a previsão de

incluir possíveis fatores que facilitem ou dificultem a sua implementação.

Cabe destacar que em qualquer empreendimento que busca capacitação e o treinamento em habilidades, devem ser considerados não só os aspectos científicos, tecnológicos e metodológicos, mas também os aspectos éticos e culturais, pois estão imbricados de maneira indissolúvel (COSTA et al., 2013).

Os recursos de infraestrutura locais, também foram considerados aspectos que dificultam o cuidado ao usuário com problemas de SM. Não foi mencionado a cobrança quantitativa pelos dados de registro das ações específicas a esse usuário, isto porque não existe tal cobrança em relação à SM, no Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB). Isso pode estar desmotivando a equipe de enfermagem a atuar nessa área e priorizar outras populações que seus procedimentos e ações de enfermagem possam ser registrados e, ao mesmo tempo, frustrar esses profissionais pela ausência de uma estrutura física, tecnológica e de recursos humanos adequados. Esse conjunto de fatores pode conduzir, principalmente, o enfermeiro, a não ver possibilidades de solução (CRUZ; SANTOS, 2019). Verifica-se a necessidade dos serviços buscarem o desenvolvimento de propostas de estratégias exequíveis, voltadas para esses fatores organizacionais e processos de trabalho entre a equipe, que possam impactar, favoravelmente, a realização e o registro das práticas de cuidado em SM.

Conforme apontado no estudo (CRUZ; SANTOS, 2019), mesmo na presença de precariedades na estrutura física, existem outras estratégias a serem adotadas, como as visitas domiciliares, atendimento individualizado e a educação em saúde. Os autores observaram que o acolhimento, a capacidade de escuta, o diálogo e o vínculo são estratégias decisivas na atenção à SM, por ampliarem a autonomia e a reinserção social do usuário.

Sobre essas colocações, no presente estudo, os profissionais participantes valorizaram a visita domiciliar, as consultas (como práticas compartilhadas), as estratégias de acolhimento, a escuta e o diálogo, na busca pela promoção do vínculo. Talvez possa se afirmar, que essas práticas e estratégias não estão sendo consideradas e inseridas na SM. Careceria enfatizar para os participantes do estudo, que embora não sendo exclusivas, são ações imprescindíveis para o cuidado ao usuário com problemas de SM.

Como destaque positivo do presente estudo, tem-se o fato de que, a maioria, dos participantes enfermeiros possuía vínculo como profissional efetivo e eram os próprios gestores do serviço, o que leva a inferir alguma garantia de continuidade, caso haja a sugestão do desenvolvimento de programas específicos, para colaborar na melhoria da qualidade e do cuidado ao usuário em SM.

Pelo que foi observado na realização do presente estudo, verificou-se que os

enfermeiros quando tiveram a oportunidade de conversar a respeito de temas em SM (demandas de usuários, abordagem específica, acompanhamento do tratamento, medicamentos prescritos, dificuldades e desafios encontrados) pareceram mostrar uma sensibilidade maior para a questão, sugerindo que os momentos compartilhados com a pesquisadora, induziram a reflexão sobre o seu trabalho, nos serviços com os usuários com problema de SM. Isso permite inferir que há possibilidades de aceitação da oferta de um suporte profissional, com atuação contínua, para o desenvolvimento de estratégias de cuidados, nos locais e o acompanhamento dos usuários com problemas de SM.

Sobre a importância da figura de um elemento que dê apoio aos serviços de APS, um estudo clínico internacional realizado, em ambientes de atenção primária, numa região da Índia, mostrou que isso não só é efetivo, como economicamente viável. O foco da pesquisa foi o tratamento de transtornos depressivos e de ansiedade, cujo objetivo era avaliar em custo-efetividade e utilidade, uma intervenção focada em tarefas. Dentre os resultados obtidos, destacou-se a atuação de um personagem que gerenciou os casos, com monitoramento proativo dos resultados sobre a evolução das práticas de tratamento e apoio para manter a adesão dos participantes do programa, diagnosticados com esses transtornos. A efetividade do papel desse elemento foi tão evidente, que os autores consideraram sua atuação como a “espinha dorsal da intervenção” (BUTTORFF et al., 2012)

Os principais provedores selecionados para o cuidado, nesse estudo, foram três profissionais de saúde: o médico clínico do próprio serviço; um profissional de saúde não especializado, que atuava em tempo integral, treinado para fornecer intervenções psicossociais; um especialista em SM, que visitou cada local de estudo uma ou duas vezes por mês.

A intervenção se constituiu de um programa de psicoeducação, destinado aos participantes, centrando-se na compreensão dos sintomas de depressão, ansiedade e seu vínculo com as dificuldades interpessoais que vivenciavam, com o aprendizado de estratégias para redução de seus sintomas (por exemplo, exercícios respiratórios, de relaxamento e atividades programadas) e informações individuais sobre as organizações de apoio disponíveis. Somente os que não tiveram uma resposta efetiva a esses procedimentos receberam antidepressivos e/ou terapia interpessoal (BUTTORFF et al., 2012).

Portanto, os tratamentos mais especializados, restritos à área de SM, somente foram administrados frente a uma resposta, não bem-sucedida, à oferta das intervenções psicossociais. Diferente do que se observou nas menções dos enfermeiros, do presente estudo, em relação aos tratamentos administrados, em que predominou a prescrição de medicamentos e as orientações sobre o seu uso.

Esse estudo realizado num país, com a diversidade cultural e problemas econômicos semelhantes ao do Brasil, que não tem uma estrutura como a do SUS e aporte propiciado pela Reforma Psiquiátrica, especificamente em termos de APS, desenvolveu um modelo que se parece em alguns aspectos com a ESF, na equipe cuidadora e na abordagem e oferta de procedimentos as pessoas que apresentem sinais e sintomas, indicadores de alguns problemas de SM.

A diferença que se depreende no estudo citado, diz respeito ao treinamento do profissional não especializado, com conteúdo prioritariamente baseado em intervenções psicossociais, que incluíam o “usuário” como partícipe efetivo do processo, mediante um “protocolo” de atividades programadas. Destaca-se ainda, nesse trabalho, a relevância do profissional que gerenciou o desenvolvimento desse programa, das práticas aplicadas e do acompanhamento da adesão dos participantes “usuários”, atuando, portanto, num papel de consultoria e avaliação.

Nos serviços de ESF, do estudo atual, como mencionado, observou-se que o desenvolvimento desta pesquisa, aparentemente, incentivou a reflexão, dos enfermeiros, que como gestores pareceram perceber algumas deficiências nas suas práticas de cuidado ao usuário com problemas de SM. Essa aparente reflexão pode tornar esses participantes mais propensos a aceitarem a parceria de um profissional que se proponha, sistematicamente, a colaborar, por meio de um programa de consultoria direcionado às dificuldades apontadas nas menções das equipes de enfermagem, que propicie espaços de escuta, reflexão e discussão de possíveis estratégias de manejo dessas dificuldades. Essa consultoria teria potencial de efetividade para minimizar receios, ideias pre-concebidas e fornecer conteúdos específicos sobre problemas de SM, práticas psicossociais, abordagem e acompanhamento dos usuários acometidos com transtornos psíquicos.

A pesquisa, supracitada, realizada em outro país com características semelhantes ao Brasil, teve os resultados positivos, embora não tivesse uma estrutura de saúde pública robusta, como a proposta pelo SUS, em termos de políticas de saúde e maneira mais especificamente, o matriciamento, como estratégia elaborada para propiciar apoio técnico no auxílio dos profissionais da atenção básica, para lidar com dificuldades na assistência em SM. Entretanto, esse auxílio apesar da sua importância não foi mencionado como recurso disponível, talvez porque não seja reconhecido ou incorporado da mesma forma em todas regiões do país, nem em todos os Estados e Municípios, o que uma pesquisa a esse respeito poderia esclarecer.

Por essa razão, julga-se que uma proposta de consultoria possa ser bem sucedida, desde que um profissional (por exemplo, o pesquisador do presente estudo) atue como um

articulador entre esses espaços de ESF, (onde os dados foram levantados), os serviços especializados e gestores em âmbito de Secretaria de Saúde local, para disseminar e defender a ideia, obter apoio, mostrando evidências de sua efetividade em outros países, com a incorporação dos pressupostos recomendados pela CPL proativa, com as devidas adaptações a realidade brasileira e a ESF.

Colocações de autores de estudo (COSTA et al., 2013) destacam, reportando-se ao conhecimento propiciado por experiências anteriores, que ações destinadas à área da saúde devem ser compartilhadas com outros setores estratégicos e garantir a participação efetiva dos diversos grupos sociais, nas várias etapas do processo, como identificação, formulação e implementação das ações, pois em última instância, o poder de decidir sobre sua saúde cabe à própria comunidade. A participação comunitária pode constituir um dos eixos para a promoção de saúde e a prevenção. No atual estudo, percebeu-se que essa participação se mostrou bastante limitada, uma vez que, não foi mencionada pelos participantes em nenhum momento da pesquisa.

Transportando o modelo da PCL proativa, especificamente, para os serviços de atenção primária no Brasil, infere-se que a figura de um grupo consultor que pode estar vinculado a um serviço especializado ou à própria Secretária da Saúde, poderia: dar apoio aos programas de ESF, trabalhando em conjunto com as equipes locais dos serviços, na triagem das demandas de SM; estabelecer o nível de exigência de cuidado para cada caso, bem como orientar na abordagem dos problemas mais simples ou específicos (manejo de medicações, abordagem de comportamentos), que podem ser realizados pela equipe de ESF; orientar encaminhamentos a serviços especializados quando, efetivamente, forem necessários; promover a integração do cuidado entre as equipes, no acompanhamento conjunto do cuidado e da evolução do tratamento.

Cabe salientar em relação aos enfermeiros, que deverão ser sensibilizados com uma maior ênfase, no sentido de aceitarem uma atividade de consultoria realizada por um de seus pares, pois, há estudos cujos resultados mostram a dificuldade desses profissionais em considerarem o enfermeiro como um elemento, com capacidade para ser consultor numa área de conhecimento específica (PRATA et al., 2017)

Como limitações deste estudo, destacam-se o fato do número de participantes ser pequeno, especialmente, entre enfermeiros e médicos. Isto pode ser justificado, por serem profissionais escassos na APS ou por não aceitarem participar do estudo. A ausência de técnicos e auxiliares, pois no período das coletas de dados, estavam envolvidos em outras atividades e não puderam ou não aceitaram participar. Uma limitação considerada, tem a ver com fato das

primeiras informações terem sido coletadas via on-line. Por fim, outra limitação relaciona-se ao fato de todas as informações, referentes aos serviços e usuários, estarem baseadas em auto-relato dos participantes, não podendo ser verificadas pela observação direta ou comprovação documental. Dada a natureza qualitativa do estudo e por não abranger o número total de serviços locais, não há pretensão de generalizar os resultados obtidos para todos os serviços com ESF da região.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, em sua maioria, estão em concordância com os estudos realizados no Brasil. Os dados obtidos por meio das menções dos participantes enfermeiros e ACSs, revelaram suas percepções acerca da SM e dos usuários com demandas relativas à área. Isso, devido às evidências da existência de casos específicos, nos serviços, no atendimento a usuários que apresentavam patologias já diagnosticadas.

A novidade que os resultados do presente estudo indicou, foi a identificação de enfermeiros e de ACSs, dos usuários com sintomas e comportamentos sugestivos de transtornos psíquicos compatíveis com as patologias que lhes foram diagnosticadas, as quais também, foram relatados pelos os próprios usuários ou seus familiares. A qualificação referente ao sofrimento psíquico sugere que esses profissionais não limitaram a sua observação apenas aos sintomas o que sugere que não percebem o usuário somente como um portador de doença, pois desmonstram estar atentos a outras manifestações pessoais, detectando sinais, observando comportamentos e ouvindo as formas de sofrimento emocional relatadas pelos usuários. Com isso, indicam sua atenção à escuta dos relatos dos usuários e família, acerca de suas necessidades.

Outro aspecto relevante, refere-se às peculiaridades que foram mencionadas como próprias das pessoas que têm um transtorno mental e a sua interferência na abordagem, durante a recepção e o cuidado oferecido pelos profissionais. Os enfermeiros mencionaram o acolhimento como essencial e pontuaram requisitos prioritários, nesse procedimento, apontando como primordiais o recebimento com respeito, a atenção, a adequação do local, a comunicação com valorização da escuta e não interrupção dos relatos. Os enfermeiros indicaram ainda, a necessidade de abordar esse usuário com alguns requisitos, devido às suas peculiaridades, que foram consideradas como desafios e dificuldades para o tratamento. Estas questões apontaram indícios, bastante explícitos, da necessidade de oferecer capacitação ou orientações específicas, para a equipe de enfermagem atuar em SM. O que é corroborado nas menções relativas às dificuldades do contexto assistencial, em que a carência do treinamento da equipe foi apontada como uma das dificuldades elencadas.

A consulta de enfermagem e a visita domiciliar foram ações valorizadas e apontadas como o momento propício de orientações ao usuário e/ou familiares. O conteúdo dessas orientações centrou-se na medicação e na continuidade do tratamento (em geral medicamentoso e para renovação de receitas). Em algumas menções, apareceram as orientações para evitar o isolamento, embora, não tenham sido explicitadas sugestões de estratégias para promover a

sociabilização dessas pessoas. Entretanto, na própria comunidade existiam possibilidades que poderiam haver sido indicadas, acessíveis ao usuário e familiares, como grupos de convívio, grupos religiosos e outros recursos eventuais. O que leva a inferir, que a comunidade, enquanto um recurso disponível e com potencial de ajuda ao usuário com problemas de SM, não foi considerado com relevância.

Em algumas ações mencionadas, estava prevista a participação de outros profissionais, além daqueles que eram responsáveis, como nos casos das visitas domiciliares e consultas compartilhadas (poucas menções e de exclusividade do médico e enfermeiro). Apesar da importância de os membros das equipes de enfermagem e de saúde desenvolverem ações conjuntas, não foi possível mensurar a frequência com que isso acontecia.

Quanto às palestras, enquanto ações conjuntas das equipes de enfermagem e saúde, seu foco principal era orientar sobre doenças mentais e alguns temas de saúde em geral. Poucas ações das palestras, abordaram mudanças de hábitos e temas psicossociais. As menções pareceram sugerir, que as palestras eram destinadas a grupos que incluíam usuários e membros das equipes dos serviços, o que poderia ser fator de constrangimento aos usuários, na manifestação de suas dúvidas.

Cabe destacar, que foram relatadas parcerias com universidades e/ou serviços especializados, na implementação ou desenvolvimento das palestras e outras ações de natureza educativa destinadas à comunidade, porém, não foram mencionadas a utilização de grupos e recursos existentes na comunidade, com potencial de ajudar nessa e em outras atividades (divulgação e detecção de temas de interesse dos grupos que a compõem, por exemplo).

No caso dos participantes médicos, a renovação de receitas apareceu com destaque como principal ação, sendo também mencionadas as orientações sobre o uso de medicamentos. No tocante a medicações, foi ressaltada a prescrição de algumas classes de psicofármacos, como os derivados benzodiazepínicos. O uso dessa classe de medicamentos tem sido bastante questionado em estudos mais recentes, por órgãos nacionais e internacionais de saúde, que recomendaram critérios mais restritivos para sua prescrição.

Na ação de encaminhamento do usuário com problemas de SM a outros serviços especializado, como diferencial em relação à outros estudos, as menções destacaram o encaminhamento a serviços fechados (hospital psiquiátrico e clínica de reabilitação), embora a diferenças dos encaminhamentos para serviços abertos, não tenha sido tão elevada.

O presente estudo, reitera achados já apontados por outras pesquisas, inclusive desde o início do século XXI. Essas constatações não deixam de ser inquietantes, pois indicam a cronicidade de certas situações, tais como, as deficiências formativas em conteúdos de SM

desde a graduação e a carência em treinamentos ou educação continuada, em SM nos serviços de saúde e, particularmente, em relação à assistência em SM, nos serviços de APS.

A proposta do matriciamento no Brasil, foi desenvolvida no intuito de facilitar a interlocução dos serviços e auxiliar na prestação de cuidados, ao atuar nas dificuldades decorrentes das limitações de capacitação específica, dos profissionais de serviços de APS, no atendimento das demandas de SM. Entretanto, parece que a sua implementação, no atendimento a esses objetivos, não foi bem sucedida em alguns locais, conforme pode ser identificada nas menções dos participantes dos serviços estudados. Assim, talvez o exemplo dado por aqueles que pesquisaram a evolução da CPL para a CPL proativa, deva centrar-se no incentivo para que a versão do matriciamento, tal como se apresenta na atualidade, seja estudada em termos de efetividade (ações realizadas, qualidade dos serviços e satisfação dos usuários) e eficácia (recursos disponibilizados e sua utilização), bem como considerar a necessidade de operar adaptações regionais, visto que o Brasil é um país de dimensões continentais.

Considerando o cenário hipotético, em que as condições de trabalho da equipe de enfermagem da ESF fossem adequadas do ponto de vista gerencial, isto é, com um local apropriado à prestação da assistência, com a possibilidade de registrar suas ações, com um fluxo de informações articulado entre os serviços, com uma equipe de enfermagem em número compatível com o número de usuários e por fim, com a presença do apoio de consultoria de saúde, para a equipe de enfermagem, oferecido por um enfermeiro capacitado nos moldes do sugerido pela CPL proativa, é viável se supor, que os cuidados de SM, oferecidos ao usuário com problema de SM, seriam mais apropriados e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2021). ANVISA. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 473, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021. Retrieved from https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-473-de-24-defevereiro-de-2021-306219732?utm_campaign=informe_-_atualizacao_das_listas_da_portaria_svsm_n_3441998&utm_medium=email&utm_source=RD+Station Google Scholar.
- BARRETO, M. F.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.63, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019463005>. Acesso em: 10 de ago. 2019.
- BARROS, S. et al. Mental health in primary health care: health-disease according to health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1609–1617, 21 out. 2019.
- BARTON, D.; KELSO, M. T. The nurse as a psychiatric consultation team member. **Psychiatry in medicine**, v. 2, n. 2, p. 108-115, 1971.
- BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, pg117a125/,1994.
- BENDTSEN, P. et al. Prescribing benzodiazepines—a critical incident study of a physician dilemma. **Social Science & Medicine**, v. 49, n. 4, p. 459–467, 1 ago. 1999.
- BOTELHO, R. Z.; SORATTO, M. T. Percepção do paciente com transtorno mental sobre o acolhimento na estratégia saúde da família. **Inova Saúde**, v. 12, n. 1, p. 125–136, 11 ago. 2022.
- BRAR, R. et al. Inability to access primary care clinics among people who inject drugs in a Canadian health care setting. **Canadian Family Physician**, v. 67, n. 12, p. e348, 1 dez. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde 2018.
- BUTTORFF, C. et al. Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India. **Bull World Health Organ**, v. 90, p. 813–821, 2012.
- CAMARGO, B. M. de O.; PEREIRA, K. de L. A.; GRECO FILHO, J. E. P. de B.; SILVA, F. M. B. da .; CASTELLANI, C. Uso de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde (APS). **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 102, n. esp, p. e-203871, 2023. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v102iespe-203871.
- CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2101–2108, 2018.
- CAPLAN, G. Types of mental health consultation. **American Journal of Orthopsychiatry**, v.

33, n. 3, p. 470–481, 1963.

CASTRO, S. M.; RUDOLPH, C. I.; AGUILAR, J. E. Consultoria psiquiátrica em atenção primária. **Medwave**, v. 13, n. 03, 2013.

CHATTU, V. K. et al. The global problem of insufficient sleep and its serious public health implications. **Healthcare (Switzerland)**, v. 7, n. 1, 1 mar. 2019.

CLEMENTINO, F. DE S. et al. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, p. e0017713, 18 fev. 2019.

COELHO, L. G.; GONÇALVES, R. C.; PEGORARO, R. F. Demanda de saúde mental segundo experiência de Agentes Comunitárias de Saúde. **PSI UNISC**, v. 7, n. 1, p. 19-33, 16 jan. 2023.

COSTA, P. H. A. et al. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Rev Panam Salud Publica**. 2013;33(5):325–31.

CRUZ, E. L. DA.; SANTOS, R. M. M. Atenção à saúde da pessoa em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 1, p. 127–144, 6 set. 2019.

DESLANDES, S. F. Pesquisa social : teoria, método e criatividade / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 26. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2007. ISBN 978-85-326-1145-1

DOHERTY, A. M et al. Consultation-Liaison Psychiatry Services in Ireland: A National Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2021 Nov 29;12:748224. doi: 10.3389/fpsy.2021.748224. PMID: 34912252; PMCID: PMC8666631.

DOKKEDAL-SILVA, V. et al. Designer Benzodiazepines and Sleep Disorders: A Rise of Two Interacting Problems? **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 83, n. 1, p. 162–163, 1 jan. 2022.

DORSA, F. M.; ONOCKO, C. R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <http://nnn.redalyc.org/articulo.oa?id=63014114>. Acesso em: 01 de set. 2019.

ESTEVAM, A. dos S.; FEITOSA, D. V. dos S.; SILVA, N. S. de O.; MELO, S. N. de; ARAGÃO, A. P. S.; ALMEIDA, T. F. A enfermagem em saúde mental pós reforma psiquiátrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, p. e2631, 9 abr. 2020.

FARIA, C. C. M. DA V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. suppl 1, p. e0025183, 16 mar. 2020.

FEITOSA, J. P. et al. Percepções de Enfermeiros acerca da Depressão em Idosos / Nurses' Perceptions of Depression in the Elderly. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 15, n. 55, p. 553–574, 31 maio 2021.

FIGUEIREDO, E. B. G. et al. Observatório em Saúde Mental” como dispositivo de educação

permanente na Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v. 24, n. 3, 29 jan. 2021.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F. R.; LEITE, M. T. DE S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 315–329, abr. 2012.

FILHO, J. A. DA S. et al. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 262, p. 3638–3642, 1 mar. 2020.

FOSSEY, M.; PARSONAGE, M. Outcomes and performance in liaison psychiatry. Centre for Mental Health, 2014.

FREIRE, M. B. O; SILVA, B. G. C; BERTOLDI, A. D; FONTANELLA, A T; MENGUE, S. S; RAMOS, L.R, et al. Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional. *Rev Saude Publica*. 2022;56:10. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003740>.

GAMA, C. A. P. DA. et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200438, 16 abr. 2021.

GARNEAU, B. et al. A comprehensive analytical process, from NPS threat identification to systematic screening: Method validation and one-year prevalence study. **Forensic Science International**, v. 318, 1 jan. 2021.

GOMES, P. A. R. et al. Electronic Citizen Record: An Instrument for Nursing Care/Prontuário Eletrônico do Cidadão: Instrumento Para o Cuidado de Enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1226–1235, 4 out. 2019.

GONCALVES, D. A. et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. **General Hospital Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 304–308, 1 maio 2013.

GUINA, J.; MERRILL, B. Benzodiazepines I: Upping the care on downers: The evidence of risks, benefits and alternatives. **Journal of Clinical Medicine**, v. 7, n. 2, 2018.

GUSMÃO, R. M. et al. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1–6, 5 abr. 2022.

HAPPELL, B.; SHARROCK, J. The psychiatric consultation- liaison nurse: Towards articulating a model for practice. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 8, 411-417, 2001.

HIANY, N. et al. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual*, v.86, n.24, 2018.

HOUSE, A. et al. A programme theory for liaison mental health services in England. **BMC**

Health Services Research, v. 18, n. 1, 27 set. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Cidades e Estados – Barra do Garças. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/barra-do-garcas.html?>>. Acesso em: 03 out. 2023.

INPES, G. Psychiatrie et santé mentale: 2005-2008. Orientations au service: politique publique de psychiatrie et de santé mentale. Paris (FR); 2007. Apud: REINALDO, A.M.S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.12, n.1, p.173- 178, 2008.

KATON, W.; VON KORFF, M.; LIN, E.; SIMON, G.; WALKER, E.; BUSH, T.; LUDMAN, E. Collaborative management to achieve depression treatment guidelines. **J Clin Psychiatry**. 1997;58 Suppl 1:20-3. PMID: 9054905.

KUSE, E. A.; TASCETTO, L.; CEMBRANEL, P. O cuidado na saúde mental: importância do acolhimento na Unidade de Saúde. **Espac. Saúde**. 2022;23:e874.Doi 10.22421/1517-7130/es.2022v23.e874©. 2018 - ISSN 15177130.

LEWIS, N. A Primer on Defining the Triple Aim. **Institute for Healthcare Improvement**. Available for: <http://www.ihl.org/communities/blogs/a-primer-on-defining-the-triple-aim>; 2014.

LUCCHESI, R.; et al. Mental health and the Family Health Program: pathways and obstacles in a necessary approach. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n. 9, p. 2033-42, 2009.

LÜCKE, C. et al. A comparison of two psychiatric service approaches: findings from the Consultation vs. Liaison Psychiatry-Study. **BMC psychiatry**. vol. 17,1 8. 10 Jan. 2017, doi:10.1186/s12888-016-1171-4

MAIA, J. D. DE S. et al. A educação em saúde para usuários hipertensos: percepções de profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 81–97, 6 jul. 2018.

MARINHO, M. N. A. DE S. B. et al. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: Saberes e práticas de enfermeiros – Revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 8, n. 1, p. 233–247, 10 maio 2022.

MEISTER, R.; FREITAG, K. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Revista de Estudos da Linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667–686, 12 mar. 2018.

MINARIK, P. A.; NEESE, J. B. Essential educational content for advanced practice in psychiatric consultation liaison nursing. **Archives of psychiatric Nursing**, v. 16, n. 1, p. 3-15, 2002.

MINOLETTI, A.; ROJAS, G.; HORVITZ-LENNON, M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 440-447, 2012.

MOORE, D. **A estatística básica e sua prática**. JC, 2000.

NELSON, J. K.; SCHILKE, D. A. The evolution of psychiatric liaison nursing. **Perspectives of Psychiatric Care**, v. 14, n. 2, p. 60-65, 1976.

OLDHAM, M. A. et al. Proactive Consultation-Liaison Psychiatry: American Psychiatric Association Resource Document. **Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry**, v. 62, n. 2, p. 169–185, 1 mar. 2021.

OLIVEIRA, G. C. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: a visão de apoiadores e enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2019.

OLIVEIRA, I. B. DE et al. Innovative actions developed by nurses in primary health care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 75, n. 1, p. e20200782, 2021.^a

OLIVEIRA, J. R. F. DE et al. Consumption of psychotropic medications in primary healthcare in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 37, n. 1, p. e00060520, 11 jan. 2021.^b

OLIVEIRA, L. S. et al. Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e3709108518-e3709108518, 2020.

ONARI, L. et al. Inclusão da família na assistência em saúde mental pela perspectiva de estudos da enfermagem. **periodicos.ufsc.br**, v. 32, p. 56–71, 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n. 1, p. 43-50, 2012.

Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS, 2007.

PAUDARCO, L. D. S. et al. Educação como ferramenta de promoção da saúde na estratégia de saúde da família. **Atas de Saúde Ambiental - ASA (ISSN 2357-7614)**, v. 8, p. 93–93, 12 mar. 2020.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. DE F. DE N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190664, 14 set. 2020.

PERES, M. A. DE A. et al. Vinte anos da lei da reforma psiquiátrica brasileira: significados para a enfermagem psiquiátrica e em saúde mental. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, p. e20220045, 19 set. 2022.

PETTERSSON BERGSTRAND, M. et al. Human urinary metabolic patterns of the designer benzodiazepines flubromazolam and pyrazolam studied by liquid chromatography-high resolution mass spectrometry. **Drug testing and analysis**, v. 10, n. 3, p. 496–506, 1 mar. 2018.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do**

CEAS: Revista crítica de humanidades, n. 246, p. 6, 28 jun. 2019.

PRADO, M. A. M. B. DO; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. DE A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 747–758, 1 out. 2017.

PRATA, N. I. S. DOS S. et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 33–53, 5 jan. 2017.

RANJITH, G. Routine outcome measures in liaison psychiatry. **The Psychiatrist** v. 34, p. 498, 2010. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.34.11.498>.

REIS E SOUZA, J. K.; PEREIRA ALARCON, P.; DE MATTOS, M.; SOUZA CASTRO, L. Utilização de benzodiazepínicos em Estratégias Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 67–74, 2020. DOI: 10.13102/rscdauefs.v10i1.5507. Disponível em: <https://ojs3.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/5507>. Acesso em: 7 jun. 2023.

RIBAS, E. do N. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 546-553, 2018.

ROBINSON, L. The future of psychiatric/mental health nursing. **Nursing Clinics of North America**, v. 21, n. 3, p. 537-543. 1986.

ROSA, D. C. J.; LIMA, D. M. DE; PERES, R. S. Saúde mental na Atenção Primária: (des)encontros entre enfermeiros e pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 17, n. 4, p. 83–91, 31 dez. 2021.

RUNDELL, J. R.; WISE, M. G. **Princípios de Psiquiatria e Consultoria de Ligação**. 4 ed. Rio de Janeiro, 1994.

SANTOS, A. M.; CUNHA, A. L. A.; CERQUEIRA, P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

SANTOS, D. A. DA et al. Educação em saúde e uso racional de medicamentos em unidade de estratégia da saúde da família. **Revista Ciência em Extensão**, v. 15, n. 1, p. 101–113, 31 mar. 2019.

SANTOS, J. C. G. et al. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33010, 3 abr. 2023.

SANTOS, R. C.; BOSI, M. L. M. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1739–1748, 28 maio 2021.

SANTOS, S. G. Atuação do enfermeiro na inclusão de ações de saúde mental na estratégia saúde da família (ESF) / Nurse's performance in the inclusion of mental health actions in the

family health strategy (FHS). *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 78308–78316. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-308>. 2020.

SARAIVA, S. A. L.; ZEPEDA, J.; LIRIA, A. F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 553-565, 2020.

SCHIFANO, F; NAPOLETANO, F; CHIAPPINI, S; GUIRGUIS, A; CORKERY, J. M; BONACCORSO, S; VENTO, A. New/emerging psychoactive substances and associated psychopathological consequences. *Psychological Medicine*, 51, 30–42. doi:10.1017/S0033291719001727 Crossref, Medline, Google Scholar. 2021.

SHARPE, M. Psychological medicine and the future of psychiatry. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, v. 204, n. 2, p. 91–92, fev. 2014.

SIMÃO, C.; VARGAS, D. de; PEREIRA, C. F. Intervenções de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, 2022.

SMITH, G. R. J.; MONSON, R. A.; RAY, D. C. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med*. v. 29, n. 3 14(22), p. 1407-13. 1986. doi: 10.1056/NEJM198605293142203. PMID: 3084975.

SMITH, G. R. J.; ROST, K.; KASHNER, T. M. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry*. v. 52, n. 3, p. 238-43. 1995 doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950150070012. PMID:7872852.

SOCKALINGAM, S. et al. Time to Consultation-Liaison Psychiatry Service Referral as a Predictor of Length of Stay. *Psychosomatics*, v. 57, n. 3, p. 264–272, 29 jan. 2016.

SOUZA, J.; LUIS, M. A. V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 6, p. 852–858, 2012.

THOMAS, J. et al. Implantação da consultoria de enfermagem psiquiátrica em um hospital geral. *Revista HCPA*. Porto Alegre. v. 27, n. 2, p. 32-34, 2007.

TRIBINO, U. M. et al. Prevalência de insônia em adultos e idosos usuários da atenção primária à saúde. *Congresso Internacional em Saúde*, n. 8, 1 jul. 2021.

VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. M. et al. Ensaio controlado randomizado de um modelo de atendimento colaborativo com consulta psiquiátrica para sintomas persistentes sem explicação médica na prática geral. *Psicoterapia e psicossomática*, v. 75, n. 5, pág. 282-289, 2006.

VAN MARWIJK, H. W. J. et al. Dutch College of General Practitioners Guideline Depression, first revision [NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). Eerste herziening. In Dutch]. *Huisarts Wet*. p. 614–23. 2003

WALKER, A.; BARRETT, J. R.; LEE, W.; WEST, R. M.; GUTHRIE, E.; TRIGWELL, P.; QUIRK, A.; CRAWFORD, M. J.; HOUSE, A. Organisation and delivery of liaison psychiatry services in general hospitals in England: results of a national survey. *BMJ Open*. 2018 Sep 1;8(8):e023091. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023091. PMID: 30173160; PMCID:

PMC6120655.

WAND, A. P. F. et al. Comparação de serviços de psiquiatria de ligação em centros urbanos, distritais ou hospitais gerais regionais usando uma ferramenta comum: Um tamanho serve para todos? **Journal of Psychosomatic Research** , v. 84, p. 13 a 21 de 2016.

WHITTEMORE, R; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005

WHO. World Health Organization. Mental Health Atlas. 2020.

YAKIMO, R.; KURLOWICZ, L. H.; MURRAY, R. B. Evaluation of Outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing Practice. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. XVIII, n. 6, p. 215-227, 2004.

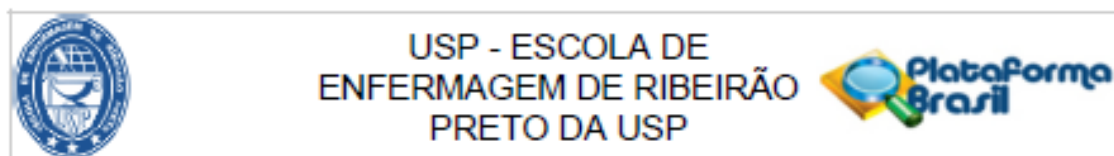
YILDIRIM, S. et al. Examination of the knowledge and practices of nurses about consultation liaison psychiatry nursing. **Journal of Psychiatric Nursing**, v. 10, n. 2, p. 96–102, 2019.

ZANETTI, A. C. G. et al. Saúde mental na atenção básica: atividades de consultoria e ligação. **In: XII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: desafios e perspectivas do cuidado ao portador de transtorno mental.** Ribeirão Preto, São Paulo, 2012.

ZANETTI, A. C. G.; GALERA, S. A. F.; SOUZA, J. de; VEDANA, K. G. G.; GHERARDI-DONA, E. C. da S.; LUIS, M. A. V.; CAMARGO, L. L. de; MARQUES, J. M. de A. Consultoria e ligação em saúde mental na perspectiva da equipe da Estratégia de Saúde da Família. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 1-8, 2019. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151548. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/163882>. Acesso em: 8 jun. 2023.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Consultoria psiquiátrica como apoio do enfermeiro no atendimento de saúde mental na Atenção Primária a Saúde

Pesquisador: MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 43312521.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.992.789

Apresentação do Projeto:

Trata-se de terceiro encaminhamento de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 4.886.943, de 05 de agosto de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL -

Implantar um modelo de consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem, para apoiar enfermeiros durante sua assistência a usuários que apresentem demandas de saúde mental na atenção primária a saúde.

ESPECÍFICOS

Levantar as demandas de saúde mental atendidas na APS;

Identificar as atividades/ações de saúde mental realizadas nos serviços de APS;

Implantar a consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem nos serviços de APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.992.789

Justificativa de Ausência	TCLE_03_participante.pdf	09/07/2021 11:08:24	ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	09/07/2021 10:56:28	MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_02_participante.pdf	23/04/2021 16:22:08	MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	VERSAO_02_Projeto_de_pesquisa.pdf	23/04/2021 16:20:49	MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA	Aceito
Outros	Modelo_oficio_novo_projeto.pdf	04/01/2021 14:31:18	MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CUSTO_PROJETO_PESQUISA.pdf	04/01/2021 14:30:07	MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PROJETO.pdf	04/01/2021 14:24:19	MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA	Aceito
Outros	Termo_anuencia_SMS_Barra_do_Garcas.pdf	04/01/2021 14:23:13	MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_EXECUCAO_PROJETO.pdf	04/01/2021 14:21:42	MARIA APARECIDA SOUSA OLIVEIRA ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 23 de Setembro de 2021

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

APÊNDICE B – Termo de anuência da secretaria municipal de saúde

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Solicito a Secretaria Municipal de Saúde, a autorização para a realização da pesquisa intitulada **“Consultoria psiquiátrica como apoio do enfermeiro no atendimento de saúde mental na Atenção Primária a Saúde”** envolvendo os profissionais de saúde da atenção primária a saúde (APS) do município de Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil. A pesquisa tem como objetivo geral: Implantar um modelo de consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem para apoiar enfermeiros durante sua assistência a usuários que apresentem demandas de saúde mental na atenção primária a saúde. Os objetivos específicos do estudo serão: Levantar as demandas de saúde mental atendidas na APS; Identificar as atividades/ações de saúde mental realizadas nos serviços de APS; Implantar a consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem nos serviços de APS.

Com a finalidade de responder os objetivos propostos, a coleta de dados será em 4 etapas realizada através de questionários semiestruturados que poderá ser presencial ou de forma remota. Para avaliar a associação entre as variáveis quantitativas será utilizado o teste de Qui-quadrado e/ou Teste exato de Fisher. Os dados qualitativos advindos de questões abertas e anotações serão transcritos e tratados através do uso do software Analyse Lexicale par Context d’un Ensemble de Segments de Text (ALCESTE).

Os benefícios desta pesquisa serão indiretos e diretos, pois espera-se com seus resultados, contribuir para a melhora da qualidade do atendimento de enfermagem em saúde mental oferecido aos das ESF para atendimento em saúde mental. Assim sendo os benefícios poderá: Possibilitar aos enfermeiros um levantamento das demandas de saúde mental atendidas nas ESF; possibilitar aos enfermeiros a consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem que os auxilie na implementação de estratégias que visem a melhoria do cuidado em saúde mental das unidades de saúde.

Os riscos da pesquisa estão relacionados com a coleta dos registros; com a aplicação dos questionários e a avaliação/acompanhamento da implementação da consultoria. Podem acarretar transtornos emocionais ou desconfortos em decorrência de sua participação. Se o participante sentir qualquer desconforto será assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, sendo garantido os seus direitos expressos na resolução 466/2012. Os resultados serão disponibilizados aos participantes verbalmente ou por escrito, bem como a interpretação dos dados gerados, caso estes o

requeiram. Também os resultados desta pesquisa, serão apresentados a esta instituição como contribuição para seu planejamento assistencial.

Os direitos dos participante da pesquisa serão preservados: garantia de esclarecimentos a qualquer momento sobre esta pesquisa e a sua participação para os participantes, comunidade e/ou seu responsável legal (caso incapacidade mental ou menor de idade); liberdade para retirar-se sem penalização a qualquer momento da pesquisa; Garantia de sigilo dos dados de identificação dos participantes e das instituições de saúde durante a pesquisa, inclusive em publicações científicas, obedecendo ao disposto na Resolução CNS 466/2012.

A instituição permanecerá com uma cópia deste documento, bem como estará isenta de ônus relativo a esta pesquisa, podendo ausentar-se da mesma a qualquer momento sem prejuízo algum. Ainda, cada voluntário ou seu responsável receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde constará o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que em caso necessário possa localizá-lo.

A Pesquisadora responsável por essa pesquisa é a doutoranda Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida, vinculada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), a qual se compromete caso seja necessário, a renovar esta autorização, a cada mudança de gestão municipal, até que a pesquisa seja concluída.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e **AUTORIZO** a realização da mesma.

Barra do Garças, 02 de dezembro de 2020

Clenia Monteiro Silva Ibrahim
Secretária de Saúde



Clenia Monteiro Silva Ibrahim Secretária
Municipal de Saúde
Barra do Garças-MT



Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida
Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pela
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
(EERP), da Universidade de São Paulo (USP).

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O/A Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a) em uma pesquisa. Após receber todas as informações sobre a pesquisa e tirar todas suas dúvidas, no caso de aceitar fazer parte, assine ao final deste documento, em que está em duas vias. Uma via deste documento será sua e a outra do pesquisador responsável. Você poderá se recusar a qualquer momento de participar ou continuar na pesquisa, não sendo penalizado(a) de nenhuma forma. Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador e também o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

A pesquisa a qual o senhor(a) está sendo convidado tem como título “Consultoria psiquiátrica como apoio do enfermeiro no atendimento de saúde mental na Atenção Primária à Saúde” sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida, aluna de doutorado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP. O objetivo deste estudo implantar um modelo de consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem para apoiar enfermeiros durante sua assistência a usuários que apresentem demandas de saúde mental na atenção primária a saúde. A pesquisa será realizada por meio de aplicação de três instrumentos de coleta de dados, ambos semiestruturado e elaborado pela pesquisadora. Um questionário contém perguntas fechadas e abertas, com a finalidade de identificar o perfil dos enfermeiros e sua percepção sobre a existência de atendimento a usuários em decorrência de problemas de saúde mental (transtornos mentais e/ou álcool, crack e outras drogas) nas Estratégia de Saúde da Família (ESF), investigando ainda os itens e aspectos que você acredita ser importantes e/ou desafiadores durante uma consulta de enfermagem com esse perfil de usuário. Outro, auxiliará na coleta de dados referente aos atendimentos em saúde mental (perfil dos usuários e dos atendimentos) realizados nas unidades de saúde e as ações de saúde mental realizadas na ESF. Outro questionário terá como finalidade acompanhar o efeito da consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem (antes, durante e depois) na percepção dos enfermeiros. Em ambas situações, estima-se que para cada etapa de coleta de dados o tempo médio será de 30 minutos.

Para o(a) senhor(a) participar da pesquisa, será necessário que autorize e assine esse documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) em duas vias, sendo uma entregue ao pesquisador. Caso sua participação ocorra de forma online, a pesquisadora enviará um *link*

de acesso ao TCLE para assinatura, e a pesquisadora aguardará o retorno deste assinado. Mediante este retorno, a pesquisadora iniciará a coleta de dados. Sendo sua participação online, enfatizamos a importância de se guardar em seus arquivos uma via deste documento eletrônico, contendo assinatura do pesquisador e rubricadas em todas as suas páginas.

Sua participação será voluntária, não tendo nenhuma despesa e não recebendo qualquer benefício financeiro e que será indenizado caso ocorra algum dano decorrente da sua participação neste estudo, como prevê a legislação. Garantimos que sua identidade será mantida totalmente em sigilo. Também será garantida o anonimato dos participantes e o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Caso ainda, estejamos em período pandêmico, serão tomadas todas as medidas preventivas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e orientações da Vigilância Epidemiológica do Estado, quanto ao distanciamento social, utilização de máscara (pesquisador e participante) e disponibilização de álcool em gel no momento da interação (entrega e busca dos questionários) ou a aplicação dos questionários poderão ocorrer de forma online (com envio do *link* para acesso ao formulário eletrônico). Em ambas situações (presencial ou online), estima-se que para cada etapa de coleta de dados o tempo médio será de 30 minutos.

Nesta pesquisa, há riscos durante a coleta dos registros, a aplicação dos questionários e na avaliação/acompanhamento da implantação da consultoria. Em ambos momentos, o participante poderá se sentir receoso(a) ou desconfortável por compartilhar suas opiniões, perspectivas e dados sobre sua rotina gerencial/assistencial, e se ver/perceber avaliado, julgado, apontado ou perseguido. Pode ainda, sentir-se inexperiente e que está em desvantagem de saberes/conhecimentos frente à temática de saúde mental, e isso implicar em sua assistência. Para mitigar tais riscos, destacamos que sua identidade será preservada, o local e horário para entrega e busca dos questionários será de acordo com a sua escolha, garantindo que se sinta seguro(a) e protegido(a), e caso você necessite será oferecido suporte emocional. Para tanto, ainda reforçaremos que a finalidade do estudo é somente contribuir com o trabalho do enfermeiro na APS, e que se reverterá em benefícios diretos para os usuários e a equipe, e que a pesquisadora estará à disposição para acolher, apoiar e auxiliar nas demandas apresentadas. Ademais, poderá também ter receio quanto a exposição das suas informações, para isso, caso a coleta ocorra de forma presencial, garantiremos a disponibilidade de envelopes pardos na entrega e busca dos questionários, sem qualquer identificação nesse momento e posteriormente em publicações, na qual utilizaremos somente código alfanumérico (E1, E2, E3, e etc.) e caso a coleta ocorra de forma online, devido aos riscos característicos do uso de ambiente virtual e

meios eletrônicos, em função das limitações das tecnologias utilizadas, o que limita-nos a assegurar total confidencialidade (quebra do sigilo de dados) e potencial risco da violação da imagem. Em busca de mitigar esses riscos, a pesquisadora após receber as respostas dos instrumentos de coleta de dados, irá fazer um download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro da plataforma de coleta de dados. Além disso, a pesquisadora enviará um *link* de acesso ao questionário que não haverá a identificação do participante, assim como disponibilizará contato telefônico e e-mail da pesquisadora responsável e da enfermeira especialista em saúde mental e Doutora em enfermagem psiquiátrica (integrante da equipe de pesquisa) para atender qualquer demanda, tanto para fins de esclarecimentos sobre a pesquisa como suporte/apoio emocional. Se houver qualquer constrangimento e exposição do participante que possa gerar constrangimento, o participante será atendido por uma profissional habilitada em saúde mental (Enfermeira Psiquiátrica Dra. Alisséia G. Lemes – COREN-MT 218.548 – telefone (64) 999063323 e e-mail: alisseia@hotmail.com), cujo encontro com a profissional (presencial ou virtual), será agendado conforme sua disponibilidade e poderá (caso achar necessário) ser acompanhado pela pesquisadora responsável.

Como benefícios, espera-se contribuir para a melhora da qualidade do atendimento de enfermagem oferecido aos usuários que buscam as Estratégias Saúde da Família para atendimento em saúde mental, assim como instrumentar os como novos recursos terapêuticos. Tais conhecimentos ainda podem ampliar o entusiasmo, interesse e encorajamento da equipe para o acolhimento e cuidado à clientela que requer maior atenção frente às suas demandas de transtornos e/ou dependências. A oportunidade de dar visibilidade aos desafios enfrentados e perspectivas de cuidados, apontarão elementos para subsidiar estratégias, práticas e políticas públicas.

As informações e documentos utilizados nessa pesquisa ficarão guardados com o pesquisador responsável por 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Todas as informações reunidas neste estudo serão utilizadas apenas com fins de pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo sobre tudo na divulgação e publicação dos resultados. Posterior ao encerramento do estudo, a pesquisadora se compromete em divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível, a todos os participantes.

Após ler esse termo, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e poderei modificar a decisão da minha participação se assim o desejar. Declaro que concordo com a minha participação nesse estudo. Recebi uma via deste

Termo de Consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISADORA E COMITÊ DE ÉTICA:

Responsável pela pesquisa: Doutoranda Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida, e-mail: almeidacida@usp.br e telefone: (66) 99281-0690, sob orientação da Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis, e-mail: margarit@eerp.usp.br . e telefone: 33154754 ou (16) 33153477 **Endereço:** R. Prof. Hélio Lourenço, 3900 - Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP, 14040-902.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pelo telefone: (16) 33159197 ou pelo e-mail: cep@eerp.usp.br. O CEP da EERP/USP situa-se na Av. dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-SP – Brasil. Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10:00h às 12:00h e das 14:00h às 16:00h.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida – pesquisadora

APÊNDICE D – Primeiro formulário de coleta de dados

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino () Outros
3. Cor da pele: () Branco () Pardo () Amarela () Indígena () Negro ()
4. Vínculo Empregatício: () Concursado () Contratado
5. Outros empregos/atividades para complementar renda:
() Não () Sim. Quais: _____
6. Curso de formação profissional: _____
7. Ano de conclusão do curso de formação profissional: _____
8. Coursou especialização?
Não () Sim () Qual(is) _____
9. Mestrado: () Não () Sim Qual(is) _____
10. Doutorado: () Não () Sim Qual(is) _____
11. Durante o curso de Formação Profissional, participou de atividades relacionadas ao tema saúde mental, álcool e outras drogas? () Sim () Não
12. Se sim, especifique qual (quais) atividade (s): _____
13. Tempo de trabalho na ESF _____
14. Tempo de trabalho na atual ESF: _____
15. Função que atua na ESF: _____
16. Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho? ____ Horas/ Semanais.

QUESTÕES NORTEADORAS

17. Você tem no seu serviço usuários com problemas de saúde mental? Não () Sim ()
Se a resposta for sim, quais os problemas eles apresentam? _____
18. Algum desses usuários que tem problemas de saúde mental toma medicamento psicoativo/psicotrópico?
Sim () Não ()
Se a resposta for sim, quem prescreveu?

Médico da ESF Psiquiatra Não sabe

19. O procedimento do serviço em relação a esses usuários é:

a) Fazer o acompanhamento no próprio serviço. _____

b) Acompanhamento feito pela enfermagem Quais ações? _____

c) Acompanhamento feito pelo médico Quais ações? _____

10. Fazem encaminhamento para serviços especializados;

a) CAPS – TM e/ou AD

b) Comunidade terapêutica

c) UPA

d) Outros _____

20. Fazem o encaminhamento para os serviços especializados, mas mantém o acompanhamento na ESF? Não Sim

Se a resposta for sim, que ações vocês fazem nesse acompanhamento? _____

21. Vocês consideram que suas ações têm dado bons resultados?

Sim Não

Justifique sua resposta. _____

22. Me conte um pouco como é atender um paciente que apresenta demanda de saúde mental (transtornos, sofrimento mental ou usuário de álcool e outras drogas)? _____

23. Me fale um pouco sobre o que acredita ser mais importante e desafiador nesses atendimentos iniciais e de acompanhamento. _____

24. Você(s) aceitaria receber a equipe de pesquisa para realizar a consultoria psiquiátrica de ligação de enfermagem na unidade de saúde em que você atua?

Sim Não

APÊNDICE E – Segundo formulário de coleta de dados

Prezados Colegas.

Agradeço aos enfermeiros por sua participação anterior na pesquisa e solicito, mais uma vez, sua colaboração nessa última etapa. Sentimos a necessidade de aprofundar as informações dadas anteriormente, pelos os enfermeiros, relacionadas ao atendimento de usuários com demandas de saúde mental, atendidos na ESF. Por isso, é necessário fazer mais alguns questionamentos e também incluir a participação dos agentes comunitários de saúde e médicos para complementar as informações obtidas.

Desde já agradeço a disponibilidade de todos.

Atenciosamente, Enfa. Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida (coordenadora da pesquisa).

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (para todos: enfermeiro, ACS, médico)

1. Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino () Outros
3. Cor da pele: () Branco () Pardo () Amarela () Indígena () Negro
4. Estado civil: () Solteiro (a) () Casado(a) () União estável/Amasiado
() Separado(a)/Divorciado(a) () Viúvo(a)
5. Outros empregos/atividades para complementar renda:
() Não () Sim.
Quais: _____
6. Escolaridade:
 - () nível superior completo, qual(is) curso: _____
 - () nível superior incompleto, qual(is) curso: _____
 - () nível médio completo, qual(is) curso: _____
 - () Mestrado completo, qual(is) área de formação: _____
 - () Mestrado incompleto, qual(is) área de formação: _____
 - () Doutorado incompleto, qual(is) área de formação: _____
 - () Doutorado completo, qual(is) área de formação: _____

ASPECTOS DA FORMAÇÃO

7. Curso de formação profissional: _____

() Nenhum

8. Ano de conclusão do curso de formação profissional: _____

9. Curso especialização? () Não () Sim

Qual(is) _____

10. Mestrado: () Não () Sim

Qual(is) _____

11. Doutorado: () Não () Sim

Qual(is) _____

ASPECTOS PROFISSIONAIS

12. Tempo de trabalho na ESF: _____

13. Tempo de trabalho na atual ESF: _____

14. Função que atua na ESF: _____

15. Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho? _____ Horas/ Semanais.

16. Quantas horas você trabalha por semana na ESF? _____ Horas/ Semanais.

17. Vínculo empregatício: () Concursado () Contratado

18. Durante o curso de **Formação Profissional**, você participou de atividades relacionadas ao tema saúde mental, álcool e outras drogas? () Sim () Não

19. Se sim, especifique qual (quais) atividade (s): _____

20. Durante o seu tempo de trabalho como **profissional da saúde**, você participou de atividades relacionadas ao tema saúde mental, álcool e outras drogas? () Sim () Não

21. Se sim, especifique qual (quais) atividade (s): _____

ATENDIMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL NA ESF (para todos: enfermeiro, ACS, médico)

22. Na ESF em que você atua, são atendidos usuários que apresentam (assinale quantas alternativas forem necessárias):

() sofrimento mental/emocional (sem diagnóstico definido)

() transtornos/doença mental (com diagnóstico definido)

() nenhuma

23. Na lista abaixo, identifique a ordem de prioridade dos transtornos mais atendidos na ESF em que você atua, exemplo (o transtorno mais atendido na ESF é 1º ansiedade, 2º depressão.... **Obs. Numere os itens abaixo por ordem de importância**)

- Depressão
- Ansiedade
- Esquizofrenia
- Transtorno bipolar
- Síndrome do pânico
- Dependência de álcool
- Dependência de outras drogas
- Tabagismo
- Outras, quais: _____
- Não atendemos esse perfil de usuário

24. Considerando as pessoas que **não tem diagnóstico** definido para algum tipo de transtorno mental, assinale na lista abaixo quais sentimentos/sinais/manifestações/sofrimento que são atendidos na ESF em que você atua (assinale quantas alternativas forem necessárias):

- Crise nervosa
- Crise de ansiedade
- Pensamento desorganizado
- Estresse
- Tristeza
- Insônia
- Exaustão mental
- Desesperança
- Outro, qual: _____
- Não atendemos esse perfil de usuário

25. Considerando os usuários **com diagnóstico definido**, assinale na lista abaixo quais desses transtornos/doença são atendidos (diariamente ou não) na ESF em que você atua (assinale quantas alternativas forem necessárias):

- Esquizofrenia
- Depressão
- Ansiedade
- Transtorno bipolar
- Síndrome do pânico
- Dependência de álcool
- Dependência de drogas
- Tabagismo

() Outras, quais: _____

() Não atendemos esse perfil de usuário

26. Estão relacionados abaixo alguns problemas de saúde mental que foram percebidos pelos enfermeiros, mas não diagnosticados. Na sua unidade isso também aconteceu?

() Não () Sim, assinale quais:

() Ansiedade

() Depressão

() Dependência química: álcool

() Dependência química: outras drogas

() Transtorno obsessivo compulsivo

AÇÕES DE SAÚDE MENTAL REALIZADAS NA ESF (para todos: enfermeiro, ACS, médico)

27. Assinale abaixo quais ações de saúde mental voltadas ao cuidado da comunidade (prevenção, promoção e reabilitação) são realizadas na ESF em que você atua?

	Sim	Não
Palestras com temas da saúde mental		
Consulta compartilhada/conjunta da equipe à usuários de saúde mental		
Oficina terapêutica em grupo		
Discussão de casos com a equipe sobre os usuários com demandas de saúde mental		
Visita domiciliar com o ACS a usuários com demandas de saúde mental		
Ações coletivas em conjunto com a equipe de enfermagem e outros parceiros		
Renovação de receita médica psiquiátrica		
Atividades voltadas a trabalhar com grupos específicos para trabalhar questões de saúde mental (ex: idosos, gestantes, etc.)		
Escuta qualificada/acolhimento das pessoas com demandas de saúde mental		
Realização do Projeto Terapêutico Singular dos usuários com demandas de saúde mental		
Interconsulta (ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas para discussão do caso, sem a presença do usuário)		
Nenhuma, pois não são realizadas ações de saúde mental na ESF em que atuo		
Outras (descreva):		

28. Quais temas de saúde mental são abordados nas palestras/roda de conversa realizadas na ESF: _____

() nenhuma

29. Quais tipos de oficinas terapêutica são realizadas na ESF: _____
 nenhuma
30. Levando em consideração os profissionais que atuam na ESF, quais destes realizam/desenvolvem ações de saúde mental?
 Médico
 Enfermeiro
 Agente Comunitário de Saúde
 Dentista
 Técnico de enfermagem
 Outros, quais: _____
 Nenhuma, pois não são realizadas ações de saúde mental na ESF em que atuo
31. Levando em consideração outros profissionais (exceto da ESF) quais compartilham/colaboram nas ações de saúde mental realizadas na ESF:
- | | |
|---|---|
| Médico da ESF | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Médico psiquiatra | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Médico especialista em saúde mental | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Médico (sem especialidade) | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Dentista | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Assistente social | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Psicólogo | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Agente comunitário de saúde | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Enfermeiro | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Técnico de enfermagem | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Outros, quais: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma, pois não são realizadas ações de saúde mental na ESF em que atuo. | |
32. As ações de saúde mental são realizadas na ESF de forma compartilhada/conjunta com outros profissionais:
 Sim, mas apenas os profissionais da ESF realizam as ações
 Sim, contamos com a parceria de instituições de ensino na execução das ações de saúde mental (ex: docentes, discentes de cursos da saúde)
 Sim, contamos com a parceria de profissionais de outros setores na execução das ações de saúde mental (ex: profissionais do CRAS, CREAS, etc.)
 Sim, contamos com a parceria de profissionais de outros serviços de saúde na execução das ações de saúde mental (ex: profissionais do CAPS, Hospital, UPA, etc.)

- () Não, pois não são realizadas ações de saúde mental na ESF em que atuo
33. Os profissionais que atuam na ESF fazem registros das ações de saúde mental que são realizadas
- () Sim () Não
34. Como são feitos os registros das ações de saúde mental na ESF?
- () E-SUS () Sistema () PEC () Caderno Ata () Não se aplica
- () Outros (descreva): _____

ASPECTOS DA PROFISSÃO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL NA ESF (para todos: enfermeiro, ACS, médico)

Segundo minha compreensão o serviço de APS-ESF atenda pacientes que são diagnosticados com os transtornos relacionados abaixo:

35. Os pacientes diagnosticados com transtorno mental ou suspeitos de apresentarem sintomas sugestivos, são acompanhados pelo serviço de ESF?
- () Sim () Não
36. Como é feito esse acompanhamento:
- a) Na consulta de enfermagem com quais orientações? _____
- b) Na visita domiciliar, que orientações são dadas ao paciente? _____
- c) Que orientações são dadas à família? _____
- d) Palestras, que temas são abordados? _____
- e) Quem realiza as palestras? _____
37. As orientações sobre o uso de medicamentos psicotrópicos são fornecidas para quem?
- () Ao paciente
- () À família
- () Ao paciente e família
38. Quem realiza as orientações e em que momento?
- () Médico () Na consulta médica
- () Enfermeiro () Na consulta de enfermagem
- () Técnico de enfermagem () Na consulta de enfermagem ou triagem
- () ACS () Na visita domiciliar
- () Não realiza
- () Outros (descreva) _____
39. As orientações referem-se a:
- Como usar os medicamentos Sim () Não ()

- Efeitos do medicamento Sim () Não ()
- Para que serve o medicamento Sim () Não ()
- O que evitar usar junto com o medicamento (Ex: bebidas) Sim () Não ()
- Usa meios que facilita a identificação do medicamento e horário de uso. Sim () Não ()
- Outras (descreva) _____
40. Como checam se o paciente e o familiar compreenderam as orientações:
- Pede para explicarem como devem tomar o medicamento Sim () Não ()
- Pedem para explicar o que entendeu sobre os efeitos do medicamento Sim () Não ()
- Pedem para informar os motivos para o uso do medicamento Sim () Não ()
- Outras (descreva) _____
41. Você questiona os familiares sobre:
- A importância de manter o uso dos medicamentos Sim () Não ()
- A importância de relatar efeitos indesejados Sim () Não ()
- A importância de relatar se o paciente está melhor ou não Sim () Não ()
- Outras (descreva) _____
42. Você questiona o médico sobre:
- A evolução do paciente sobre a continuidade do uso do medicamento Sim () Não ()
- Da diminuição e controle dos sintomas Sim () Não ()
- Outras (descreva) _____
43. Você faz acolhimento? **(somente para enfermeiro)** Sim () Não ()
44. Quais ações você considera que definem e fazem parte do acolhimento? **(somente para enfermeiro)** _____
45. De que forma é feita a abordagem ao paciente com manifestações de transtorno mental **(somente para enfermeiro)**:
- Se parecer transtorno mental leve, aborda como qualquer outro paciente Sim () Não ()
- Com cautela Sim () Não ()
- Com receio e medo Sim () Não ()
- Fica inseguro ao abordar esse paciente Sim () Não ()
- Mais ouve as queixas do que faz perguntas Sim () Não ()
- Só pergunta ao familiar Sim () Não ()
- Encaminha imediatamente ao serviço especializado Sim () Não ()
- Procura ser empático e não julgar Sim () Não ()
- Levanta as queixas e sintomas, tenta estabelecer vínculo de confiança Sim () Não ()
- O serviço faz acompanhamento desses pacientes Sim () Não ()

- Outras (descreva) _____
46. Que outras ações você realiza no atendimento de usuários da ESF com problemas de saúde mental. Descreva _____
47. Na visita domiciliar você identifica membros da família com problemas que sugerem algum transtorno mental?
 Sim Não
48. Você observou sintoma ou comportamento de algum membro da família que sugeriu algum problema de saúde mental?
 Sim. Descreva _____
 Não
49. Você orientou que procurassem um serviço de saúde?
 Sim. Qual serviço _____
 Não
50. Dos sintomas que você percebe pergunta a família se eles têm conhecimento?
 Sim Não
51. As famílias informam a você se já encaminhou a pessoa com problema de saúde mental a algum serviço?
 Sim. Descreva qual _____
 Não
52. A pessoa com problemas de saúde mental teve internações devido ao problema?
 Sim. Onde _____
 Não

Atendimento profissional a pessoas com demandas de saúde mental (somente para enfermeiro)

53. Você se sente constrangido em atender pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de álcool e/ou outras drogas?
 Sim Não
54. Na sua atuação profissional, existe algum tipo de estigma (discriminação, descrédito) ao atender pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de álcool e/ou outras drogas?
 Sim Não
55. Você aplica algum tipo de instrumento para rastrear os transtornos mentais durante o atendimento do usuário (Ex. escala de rastreio de depressão, ansiedade, uso de drogas, etc.)?
 Sim, quais? _____

- () Não
56. Levando em consideração sua prática, você poderia apontar quais as barreiras/obstáculos/desafios que interferem negativamente na sua assistência às pessoas com sofrimento emocional, transtornos mentais ou que fazem uso de álcool e/ou outras drogas na ESF? (marque quantas alternativas achar necessário)
- () Despreparo profissional do profissional
- () Falta de capacitação da equipe para atender a demanda de saúde mental
- () Receio em lidar com pessoas com demandas de saúde mental
- () Despreparo da equipe auxiliar (agente de saúde, recepcionista, técnico de enfermagem)
- () Falta de interesse pela demanda
- () Falta de apoio do familiar
- () Falta de estrutura física e organizacional
- () Recursos humanos insuficiente
- () Falta de vínculo entre profissional e o usuário
- () Falta da aceitação do paciente e da família sobre a doença mental
- () Falta de adesão ao tratamento por parte do usuário
- () outros: _____
- () Não identifico barreiras/obstáculos/desafios na minha assistência a pessoas com sofrimento emocional, transtornos mentais ou que fazem uso de álcool e/ou outras drogas na ESF
57. Para você, lidar com pessoas com sofrimento emocional, transtornos mentais ou que fazem uso de álcool e/ou outras drogas na ESF traz algum tipo de sobrecarregado de trabalho?
- () Sim () Não
58. Trabalhar com populações com sofrimento emocional, transtornos mentais ou que fazem uso de álcool e/ou outras drogas na ESF traz algum tipo de satisfação profissional para você?
- () Insatisfação
- () Pouco de satisfação
- () Muita satisfação
59. Como você considera atender um paciente que apresenta demandas de saúde mental (transtornos mentais, ou uso de álcool e outras drogas)?
- () Fácil, pois tenho experiência sobre o assunto
- () Difícil, necessito de maior capacitação sobre o assunto

- Normal, como qualquer outro atendimento
- Estressante, pois não gosto de fazer atendimentos a paciente que apresenta problema de saúde mental
- Satisfatório, em poder ajudar e ver um bom resultado
- Outro, especificar: _____

60. Você considera efetivo sua assistência profissional (levando em consideração os recursos que você tem) realizada a pessoas com sofrimento emocional, transtornos mentais ou que fazem uso de álcool e/ou outras drogas atendidos na ESF?

- Sim Não