

Práticas de enfermeiras da atenção primária à saúde no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico

Practices of primary care nurses in the care for people in psychological distress

Prácticas de las enfermeras de atención primaria en la atención a personas con problemas psicológicos

Dárcio Tadeu Mendes^a 

Ana Clara Delben Gianella^a 

Juliana Xavier Pellegrini^a 

Carla Sílvia Fernandes^b 

Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega^a 

Como citar este artigo:

Mendes DT, Gianella ACD, Pellegrini JX, Fernandes CS, Nóbrega MPSS. Práticas de enfermeiras da atenção primária à saúde no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230192. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230192.pt>

RESUMO

Objetivo: Compreender as práticas de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico.

Método: Estudo qualitativo realizado com 30 enfermeiras com atuação direta na assistência na Atenção Primária à Saúde. Os dados foram obtidos no período de janeiro a março de 2023 por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram transcritas integralmente. O material resultante foi organizado no software IRaMuTeQ[®] e submetido ao processo de análise de conteúdo temática, ancorada nos preceitos da Teoria da Natureza do Sofrimento Humano de Eric Cassell.

Resultados: Emergiram cinco categorias: 1. Causas do Sofrimento Psíquico (14,65%), 2. Necessidades da pessoa em sofrimento psíquico (31,3%), 3. Discussões de casos em equipe (26,5%), 4. Rede de atendimento da pessoa em sofrimento psíquico (15,99%) e 5. Instrumentos do cuidado (11,57%).

Considerações finais: As práticas que as enfermeiras realizam envolvem espaços de escuta para expressão de sentimentos, discussão de casos em equipe e matriciamento e a compreensão de que o sofrimento psíquico é resultante de fatores ambientais, sociais e familiares. Relatam, no entanto, que não possuem formação para avaliar a pessoa em sofrimento psíquico e solicitam o desenvolvimento de protocolos institucionais e capacitações para subsidiar a assistência.

Descritores: Atenção primária à saúde. Enfermagem. Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To understand the practices of nurses working in Primary Health Care in caring for people in psychological distress.

Method: Qualitative study conducted with 30 nurses working directly in Primary Health Care. Data were collected from January to March 2023 through semi-structured interviews, which were fully transcribed. The resulting material was organized in the IRaMuTeQ[®] software and subjected to the thematic content analysis, anchored in the precepts of Eric Cassell's Theory of the Nature of Human Suffering.

Results: Five categories emerged: 1. Causes of Psychological Distress (14.65%), 2. Needs of the person in psychological distress (31.3%), 3. Team case discussions (26.5%), 4. Care network for the person in psychological distress (15.99%) and 5. Care instruments (11.57%).

Final considerations: The practices that nurses perform involve listening spaces to express feelings, case discussions within the team and matrixing and the understanding that psychological distress is the result of environmental, social, and family factors. However, they report a lack of training to assess individuals experiencing psychological distress and request the development of institutional protocols and training to support care.

Descriptors: Primary health care. Nursing. Mental health.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las prácticas de los enfermeros que actúan en la Atención Primaria de Salud en el cuidado de personas en sufrimiento psicológico.

Método: Estudio cualitativo realizado con 30 enfermeros que trabajan directamente en la Atención Primaria de Salud, los datos se obtuvieron de enero a marzo de 2023 mediante entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron transcritas en su totalidad. El material resultante fue organizado en el software IRaMuTeQ[®] y sometido al proceso de análisis de contenido temático, anclado en los preceptos de la Teoría de la Naturaleza del Sufrimiento Humano de Eric Cassell.

Resultados: Emergieron cinco categorías: 1. Causas del sufrimiento psicológico (14,65%), 2. Necesidades de la persona en sufrimiento psicológico (31,3%), 3. Discusión de casos en equipo (26,5%), 4. Red de atención a la persona en sufrimiento psicológico (15,99%) e 5. Instrumentos de cuidado. (11,57%).

Consideraciones finales: Las prácticas que realizan los enfermeros involucran espacios de escucha para expresar sentimientos, discusión de casos en equipo y apoyo matricial y comprensión de que el sufrimiento psicológico es resultado de factores ambientales, sociales y familiares. Informan, sin embargo, que no cuentan con capacitación para evaluar a personas en sufrimiento psicológico y solicitan el desarrollo de protocolos institucionales y capacitación para apoyar la asistencia.

Descritores: Atención primaria de salud. Enfermería. Salud mental.

^a Universidade de São Paulo (USP). Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^b Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Centro de Investigações em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

■ INTRODUÇÃO

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁽¹⁾, os serviços de saúde mental passaram a integrar-se aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesta lógica, as ações de diferentes densidades tecnológicas foram se incorporando por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, a fim de garantir integralidade do cuidado articulado e contínuo, fundamentada nos princípios da autonomia e reconhecimento dos determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado⁽²⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada prioritária da população no Sistema Único de Saúde (SUS), se responsabiliza pelo acompanhamento longitudinal, coordena os fluxos de atendimento e garante o acesso aos cuidados em saúde mental⁽³⁾. Contudo, para conduzir e sustentar intervenções de saúde mental nesse campo, é necessário a produção de um cuidado mais acessível à pessoa em sofrimento psíquico, utilizando tecnologias leves como escuta, acolhimento, empatia e vínculo e a realização de atividades no território, objetivando reinserção social e promoção de autonomia⁽⁴⁾.

O sofrimento está na origem da condição do ser humano e encontrar uma definição adequada para descrevê-lo não é uma tarefa sutil. É necessário utilizar diversas visões para refletir sobre este complexo fenômeno. A palavra sofrimento remete a algo marcado por um estado de experiência negativa, entretanto, a depender do ponto de vista, pode se tornar positivo. Compreender a existência do sofrimento é necessário para que a pessoa consiga entender a dinâmica de se viver com ele, sobretudo, que não é uma manifestação permanente, e que é tão particular para a pessoa sofre⁽⁵⁾.

Ao longo dos tempos, na cultura ocidental, foram variadas as formas de entendimento e conotações sobre o sofrimento, bem como o modo de senti-lo, associado, geralmente, à dor, mas também como algo funcional, que ocorre de forma integrada à vida cotidiana das pessoas. Assim, intervenções clínicas em saúde frente à pessoa em sofrimento devem ir além daquelas restritas à medicalização⁽⁶⁾, uma vez que a pessoa que sofre deve ser compreendida nas suas dimensões psíquicas, sociais e espirituais⁽⁷⁾.

Estudo conduzido sobre o sofrimento humano reforça a premissa de que há pessoas que sofrem e não estão doentes e muitas podem estar gravemente doentes e mesmo assim não sofrerem⁽⁸⁾. Por isso, ao assistir uma pessoa em sofrimento psíquico, o profissional de saúde deve levar em conta a história de vida, as múltiplas esferas, e os mundos particulares, considerando que nada acontece a uma parte sem que as outras também sejam afetadas⁽⁸⁾.

Dentre as profissionais que podem protagonizar essas intervenções na APS estão as enfermeiras, que assumem

considerável relevância no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, entretanto, precisam conduzir suas práticas de atenção à saúde alinhadas com o modelo de atenção psicossocial, na perspectiva de prevenção de agravos, promoção da saúde e cuidado integral⁽⁹⁾.

Para tal, devem adotar práticas assistenciais no território, em equipe multiprofissional, rumo a um cuidado que produza autonomia, inclusão social e reabilitação psicossocial, rompendo com a lógica manicomial⁽¹⁰⁾. No entanto, invariavelmente, estas profissionais, acabam por realizar encaminhamentos para os serviços especializados ou adotar práticas relacionadas à medicalização, no contraponto de um cuidado integral, que utiliza tecnologias leves e centrado na pessoa em sofrimento psíquico⁽¹¹⁾.

Ao considerar a multidisciplinaridade e os limites de atuação de cada profissional, possibilita-se trocas de experiências que viabilizem a integralidade do cuidado, culminando em práticas coletivas que favorecem a reinserção e permanência da pessoa em sofrimento psíquico no seu convívio social⁽¹²⁾.

No campo da saúde mental, observa-se a integração entre a APS e serviços de diversos níveis de atenção à saúde, realidade também observada em países como EUA e Canadá, com a promoção de um cuidado compartilhado, com profissionais trabalhando em conjunto, mais aproximados e escalonados, em um sistema que funciona de forma integrada e organizada na lógica das RAS com foco na APS⁽¹³⁾.

No Brasil, considerando que os dispositivos da RAPS e dos níveis de atenção à saúde precisam atuar de forma interdependente e referenciados, ainda se observam práticas fundamentadas numa vertente medicalizante, que necessita urgentemente ser desconstruída⁽⁴⁾. Visto que as enfermeiras da APS, muitas vezes, atuam em uma rede de saúde desarticulada e conduzem suas práticas sob a lógica do modelo biomédico, que desconsidera a pessoa em sofrimento psíquico em sua integralidade, questionou-se: Como são as práticas das enfermeiras que atuam na APS no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico em um município do interior de São Paulo? O estudo objetivou compreender as práticas de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico.

■ MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, seguindo o checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*⁽¹⁴⁾, guiado pelo referencial da Teoria da Natureza do Sofrimento Humano⁽⁸⁾. Para o autor da teoria, o processo saúde-doença compreende a dimensão coletiva e a individual uma vez que o sofrimento e o adoecimento, ainda que possam ser compartilhados, são experiências pessoais e singulares. Pelos preceitos da teoria, o sofrimento, via de regra, está associado

a situações que as pessoas percebem como uma ameaça à sua integridade, acompanhado do temor que destrutivo possa vir a suceder⁽⁸⁾.

De modo geral, a teoria assume que a raiz do sofrimento não é facilmente evidenciada, e que o julgamento dos profissionais de saúde sobre sua origem pode não refletir a percepção daquele que sofre e, para identificar o sofrimento e assistir adequadamente, é preciso que o profissional de saúde seja capaz de escutar, compreender sentimentos e receios, legitimando suas narrativas. Nesse percurso, o autor argumenta que é mister a superação da ideia de cisão entre mente e corpo com vistas a apreender as manifestações do outro e de seu sofrimento⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado em um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil, localizado a aproximadamente 57 km da capital, onde a RAPS é representada nas 04 regionais de saúde (I, II, III e IV) e conta com 35 UBSs, 07 equipes multiprofissionais volantes de NASF para oferecer suporte à todas as UBSs, 01 equipe de Consultório de Rua, 01 CECCO, 02 Centros de Atenção Psicossocial adultos II e III (CAPS II e CAPS III), 01 Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPS IJ), 01 Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas tipo III (CAPS AD III), 02 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) do tipo II, e 10 leitos de saúde mental em hospital geral, apoio matricial especializado, incluindo de saúde mental.

Foram convidadas a participar do estudo enfermeiras de todas as UBSs das quatro regionais de saúde do município. Como critério de inclusão, tempo de atuação há pelo menos 01 ano na APS, atuação direta na assistência e que aceitassem voluntariamente ser entrevistadas. Como critério de exclusão, enfermeiras em atividades administrativas. Na ocasião do estudo, a rede de saúde do município contava com 109 enfermeiras, sendo que 56 tinham atuação direta na assistência da APS. O setor de Educação Permanente e Coordenação de Enfermagem do município apoiaram a condução do estudo e enviaram mensagens-convite e contato do pesquisador via *e-mail* a todas as UBSs. Desta maneira, todas as enfermeiras tiveram a mesma oportunidade para participar do estudo.

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e março de 2023, por meio de entrevistas individuais por um dos autores que é enfermeiro, doutorando, com 18 anos de atuação na área e atua em um CAPS do município. Foi realizado teste piloto com uma enfermeira especialista em saúde mental, que não atuava no local da pesquisa, com adequação da questão disparadora.

Estruturou-se um roteiro semiestruturado para a condução da entrevista. O roteiro continha questões fechadas para abordar obtenção de características sociodemográficas/laborais e questões abertas que permitiram ao entrevistado falar de forma livre sobre a temática estudada.

As perguntas abertas realizadas para as enfermeiras foram: Conte-me sobre sua vivência e no atendimento a um(a) usuário(a) em sofrimento psíquico (Questão disparadora); No seu entendimento, o que é sofrimento? E qual o seu entendimento sobre o sofrimento psíquico? Durante o atendimento de um(a) usuário(a), como você consegue identificar que ele(a) está em sofrimento psíquico? O que você faz para intervir quando se depara com um(a) usuário(a) em sofrimento psíquico? Você utiliza algum instrumento específico para avaliar e identificar o(a) usuário(a) que está em sofrimento psíquico. Se sim, qual(is) seria(m)? Quando um(a) usuário(a) em sofrimento psíquico necessita de cuidados de outros serviços da rede, como você faz o compartilhamento de cuidados? Conte-me sobre em qual(is) circunstância(s) você encaminha para outro serviço o(a) usuário(a) em sofrimento psíquico.

O estudo teve como pressuposto que a prática de enfermeiras que atuam na APS no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico não é pautada no modelo da Atenção Psicossocial, mas em uma lógica reducionista frente às experiências das pessoas.

A coleta de dados finalizou-se quando se atingiu a saturação teórica dos dados, na inexistência de novos elementos para aprofundar a teorização do objeto de estudo⁽¹⁵⁾.

A fim de não comprometer a rotina de trabalho, as entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a disponibilidade das profissionais e realizadas nas unidades da APS, individualmente, em salas privativas e conduzidas em sua totalidade pelo pesquisador responsável, sem intercorrências, com duração aproximada de 40 minutos e gravadas em aplicativo de áudio de aparelho celular e, em seguida, transcritas.

Após a transcrição de cada entrevista, todo o material foi reunido em um único *corpus* textual e para o tratamento dos dados, o conteúdo textual foi organizado e submetido à análise lexicográfica, com auxílio do *software* gratuito *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ[®]), versão 0,7 alpha 2, que oferece diferentes possibilidades de análise baseadas na lexicometria. Essa abordagem encontra utilidade quando a exploração de um texto ou conjunto de textos é realizada a partir de hipóteses a respeito do uso da linguagem na construção de significados e do modo como o vocabulário se distribui em diferentes partições de *corpus*⁽¹⁶⁾.

Como procedimentos de lexicometria foram utilizadas a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para obter uma classificação segura dos segmentos de textos, distribuídos em classes lexicais homogêneas, por meio da identificação de palavras coincidentes, com transformação de segmentos de texto que são reagrupados em classes de sentido e a Análise de Similitude que toma por base a coocorrência de palavras em segmentos de texto graficamente representados, possibilitando a visualização das relações entre as formas

linguísticas do *corpus*, revelando o modo como textos de um determinado tópico de interesse se estrutura⁽¹⁷⁾. Os critérios para inclusão dos elementos em suas respectivas classes são: frequência maior que o dobro da média de ocorrências no *corpus* e associação com a classe determinada pelo valor de qui-quadrado igual ou superior a 3,84, tendo em vista que o cálculo é definido segundo grau de liberdade 1 e significância de 95%⁽¹⁷⁾.

Posteriormente, o material foi submetido à Análise de Conteúdo Temática⁽¹⁸⁾. As frases com significados que refletem as práticas das enfermeiras no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico foram codificadas, agrupadas e reagrupadas em temas. Ao constituir as narrativas analíticas e elaborar as sínteses interpretativas, os resultados foram discutidos com base nas premissas do referencial teórico⁽⁸⁾ e literatura complementar.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer número 5.788.216 com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética CAAE: 62834122.4.0000.5392. Os procedimentos adotados atenderam à Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Destaca-se que, após o aceite em participar da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o anonimato dos participantes e suas falas foram identificadas com a utilização da letra "E" de entrevistado, seguida de número cardinal correspondente a ordem das falas durante a apresentação e discussão dos resultados.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 30 enfermeiras, onde a maioria (93,3%) era do sexo feminino, com idade entre 40-49 anos (36,66%), formadas entre 01-10 anos (66,66%), com atuação na APS entre 01-10 anos (66,66%) e sem qualquer formação específica em saúde mental (93,33%).

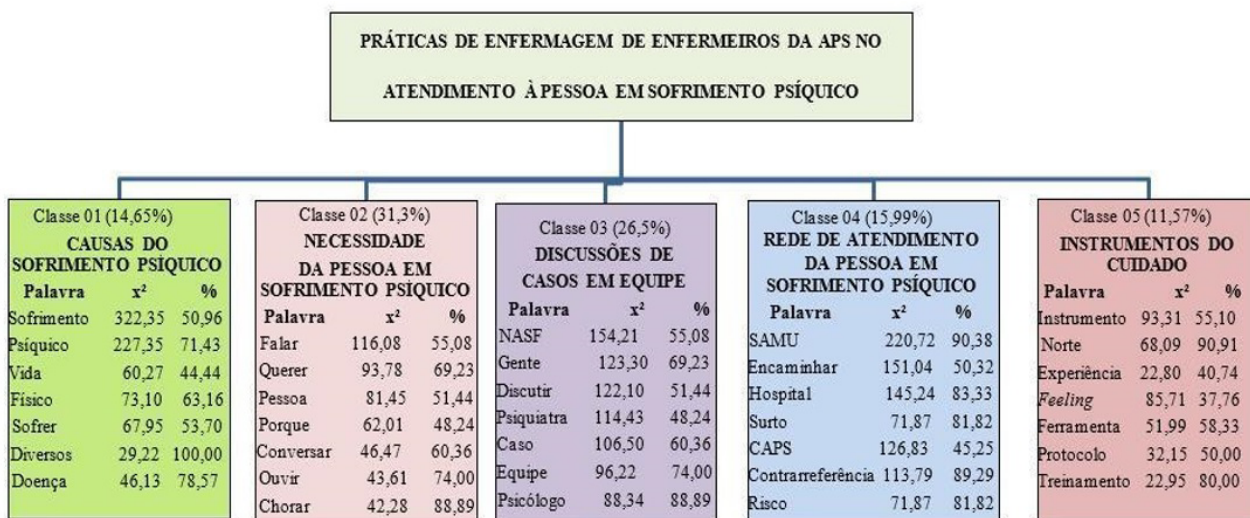
Nos resultados do IRaMuTeQ, do *corpus* total das entrevistas transcritas, verificou-se 69.030 ocorrências de palavras, distribuídas em 4.218 formas. Por meio da CHD, foram analisados 1.985 segmentos de texto, quantidade equivalente a um aproveitamento e retenção de 90,13% do *corpus* para a construção das classes advindas do conteúdo, o que é considerado bom, indicando o grau de semelhança no vocabulário dos cinco temas resultantes. O dendrograma, representado na Figura 1, demonstra as classes/categorias provenientes dos conteúdos mais significativos e inter-relacionados.

Categoria 1: Causas do sofrimento psíquico

O vocabulário típico dessa categoria apontou a visão que as enfermeiras têm sobre o sofrimento psíquico das pessoas que atende na APS a partir dos vocábulos sofrimento, psíquico, vida, físico, sofrer, diversas e doença.

Nas falas que seguem, as enfermeiras entenderam que o sofrimento é intrínseco ao ser humano e que sua intensidade está diretamente ligada a maneira como cada pessoa reage a ele, como um processo que pode gerar evolução. O sofrimento psíquico foi apontado, ainda, como resultante de

Figura 1 – Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente: Práticas de Enfermeiras da APS no Atendimento à Pessoa em Sofrimento Psíquico. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023



Fonte: Banco de dados IRaMuTeQ, 2023.

processos de perdas que precipitam quadros depressivos, preocupações e das relações diversas que a pessoa pode estabelecer, entre as quais àquelas do núcleo familiar.

Eu acho que o sofrimento faz parte do cotidiano, da vida. Agora, como a gente administra isso, positivamente ou não, acho que isso pode causar uma patologia. Qual é o foco que eu dou para o sofrimento? Todo mundo sofre. Faz parte. O sofrimento também pode ser algo positivo para você evoluir. (E10)

Geralmente esse sofrimento vem de casa, de alguma coisa muito pessoal. O paciente perdeu o emprego; entrou numa dívida, não consegue sair disso e tem filho para cuidar e aí vai entrando em um quadro depressivo, não quer mais tomar banho, não tem mais vontade de viver, sente que é um encosto para alguém e aí entra num sofrimento que nunca consegue sair. Ou pessoas com problemas familiares ou de relacionamentos em diversas áreas geralmente tem uma ligação com isso quando chegam para mim. (E20)

Nas falas de E11, E24 e E05, o sofrimento psíquico foi apontado de forma inseparável às questões de ordem física, em que a pessoa apresenta inúmeras queixas nessa esfera que não se relacionam.

O sofrimento físico leva ao sofrimento psíquico também e, às vezes, o contrário também acontece. Por exemplo, pessoas que têm feridas crônicas são pessoas que têm um sofrimento grande, que tem uma restrição na vida por conta daquela ferida. Então, acaba tendo um sofrimento psíquico por conta de um físico. Mas, eu acho que ninguém está isento do sofrimento. Estar vivo implica em ter sofrimento, implica em ter que se relacionar. Só que, às vezes, as pessoas não encontram em si mesmas essas ferramentas para lidar com isso, e a coisa vai se tornando patológica. (E11)

O sofrimento psíquico nos atendimentos aqui, vem, às vezes, de forma muito velada. Vem com queixas diversas. Às vezes estou com dor no braço, estou com dor na perna, estou com dor na coluna, e as queixas não se interligam e aí você vê que essa pessoa está no sofrimento com várias dores que não se comunicam, mas que na verdade esse sofrimento é psíquico. (E24)

Geralmente é uma pessoa que está ansiosa, que ela quer muito descobrir o porquê de estar sentindo aqueles sintomas, às vezes, muito vago. Não é uma doença física que causaria tudo aquilo que ela sente. Tem muita gente que vem com dor inespecífica. Se a gente for pelo que ele fala mesmo, a gente vai marcar um médico, um

exame que ele quer, vai atrás do especialista e não pega a fundo o que está causando tudo aquilo. Então você vê que ele tá naquele sofrimento e realmente conseguiu falar aquilo, mas eu acho que a maioria não consegue. A maioria busca no corpo alguma coisa para justificar o que ele está sentindo e aí é mais difícil. (E05)

Categoria 2: Necessidade da pessoa em sofrimento psíquico

A presente categoria revela a prática das enfermeiras no atendimento da pessoa em sofrimento psíquico, levando-se em conta o que esta necessita, de imediato, quando chega à unidade da APS para ser atendida.

As palavras falar, querer, pessoa e porque denotam a prática desses profissionais sobre as necessidades prementes da pessoa em sofrimento psíquico. Ficou destacada a disponibilidade das profissionais para o atendimento, conforme pode ser visualizado nas falas que seguem:

E aí o que a gente pensa? Precisa de medicamentos, de uma intervenção grandiosa. [...] É falar da sua angústia porque a gente sabe que quando fala da angústia com certeza alivia a dor, alivia o que ele está sentindo. Quando a gente traz ele para uma fala e fala o que você está sentindo? Automaticamente, já vai se acalmando. (E1)

Eu procuro deixar a pessoa falar e me contar um pouco da história dela, porque eu acho que vem muito assim da infância, não é uma coisa pontual. Muitas vezes, eu deixo ela falar. (E10)

Primeiro eu realizo escuta, deixo a pessoa falar, falar, chorar, eu acho que é importante porque, muitas vezes, esse usuário não tem um espaço em casa ou alguém no qual ele se sinta seguro para fazer isso, então eu deixo o paciente falar. (E22)

A partir das palavras conversar, ouvir e chorar, revelou-se que as enfermeiras compreendem a necessidade da pessoa que chega à unidade da APS, quando ouvem suas demandas, acolhem seu choro ou quando estabelecem uma conversa. Tais práticas possibilitam reconhecimento e alívio do sofrimento, assim como a identificação de riscos, conforme relatado nas falas que seguem:

Conversando com a pessoa, ela vai falando e eu vou percebendo alguma coisa diferente, eu não consigo chegar e já ter essa nitidez, olhar para ela e falar está em sofrimento. Então, na realidade, o que acontece aqui, às vezes, eles chegam, começam a conversar e depois começam a chorar. (E19)

Deixar ela chorar, é deixar sentir o que ela sente porque, às vezes, a gente está tão acostumado a prender os sentimentos e a hora que explode, explode de uma vez. Então, quando chega no meu consultório que eu já vejo que não tem algo legal, eu falo põe para fora tudo isso que você está sentindo para eu entender o que você tem, no que eu posso te ajudar. Têm casos que, realmente, a gente precisa ouvir, porque se sair daqui talvez não volte mais. (E02).

Na fala de E17, no entanto, persiste a ideia de que a medicalização ou a intervenção de outro profissional podem ser mais eficientes:

Então, como enfermeira e dentro das minhas limitações, nessa área o que eu mais procuro é dedicar um tempo que essa pessoa está precisando, que é ouvir e deixar a pessoa falar sem interromper, tanto porque eu sinto que por mais que eu não consiga ajudar ela como um psiquiatra, medicação ou como um psicólogo com as técnicas, eu sinto que só da pessoa falar e desabafar [...] eu não fiz nada, só ouvi. Mas, a pessoa já sai extremamente aliviada de poder contar com alguém. (E17)

Categoria 3: Discussões de casos em equipe

Esta categoria originou-se dos léxicos oriundos da prática das enfermeiras de discussão de casos clínicos com a equipe do NASF.

As palavras NASF, gente, discutir, psiquiatra, caso, equipe e psicólogo associam-se fortemente à discussão de caso entre a enfermeira que atende à pessoa em sofrimento psíquico e percebe a necessidade da opinião de outros profissionais para manejo da situação, o que pode ser verificado nas falas que seguem:

A gente faz um trabalho em conjunto: acaba encaminhando esse paciente, discutindo o caso dele dentro da reunião de matriciamento do NASF e aí, acaba direcionando ele para a melhor forma possível pra estar tendo um atendimento. Cada profissional tendo um atendimento desse paciente, um NASF ou clínico ou direcionando ao CAPS. (E13)

A gente prioriza discutir esses casos em matriciamento. Então, quando eu pego um paciente que eu acho que é um caso de saúde mental, eu separo o nome dele e eu vou discutir isso em equipe. (E17)

A gente consegue acolher, dar seguimento, pede o aval da psicologia e clínico que também já entra com medicação

inicial e deixa um ajuste para consulta compartilhada com psiquiatra, se for o caso. (E27)

A gente tem a equipe do NASF aqui. Então, às vezes, se é algum caso que eu acho que eu não vou conseguir dar conta sozinha, tento pedir ajuda do profissional, que acho que faz isso melhor do que eu, vamos dizer assim. Um psicólogo, uma terapeuta ocupacional, até o psiquiatra, se tiver disponibilidade, a gente pode compartilhar. Isso, quando eles estão aqui. (E29)

Categoria 4: Rede de atendimento da pessoa em sofrimento psíquico

Esta categoria coloca em relevo os meios e equipamentos utilizados pelas enfermeiras para realizar encaminhamentos da pessoa que sofre psiquicamente, quando acreditam que estes sejam necessários.

As palavras SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), encaminhar, hospital, referência, CAPS, contrarreferência e risco permitiram a contextualização das possibilidades que são empregadas a pessoa em sofrimento psíquico como o encaminhamento, fazendo associação à esta prática quando avaliam que há a presença de risco:

Às vezes, a gente solicita apoio do SAMU, guarda municipal, porque é um paciente que não pode confiar demais também. Na enfermagem, a gente aprende que se sua vida está em risco, corra, você não vai ficar na frente. Então, você se salva primeiro para depois salvar o terceiro. A gente aprende isso na faculdade. (E18)

O CAPS 2, que é nossa referência, eu tento encaminhar só quando eu vejo que a UBS não vai ter uma estrutura, por exemplo. Chega uma pessoa aí, risco iminente de suicídio. Aí ou você vai encaminhar para o hospital, se você vê que é iminente mesmo. E hospital, a gente chama ambulância e manda. Ou algum caso que a gente vê que é muito grave, não vai conseguir ter perna. (E23)

Quando o paciente chega em sofrimento, a gente estabiliza, faz todo aquele acolhimento, e aí a gente entra em contato. Se ele tá em surto, tem ideação suicida, a gente o estabiliza, aciona o SAMU, passa todo o caso, ou a gente referência ele para outros lugares. A gente sempre entra em contato com o estabelecimento para ficar com esse vínculo. (E04).

No entanto, percebeu-se que não há uma definição sobre quando e onde encaminhar. afirmou-se, genericamente, que a pessoa em sofrimento psíquico é “alguém que não se pode confiar demais” (E18). Nos casos em que há ideação suicida

ou “surto”, as enfermeiras relataram que acionam o SAMU ou encaminham a pessoa para o CAPS, demonstrando que não há uma diretriz sobre as práticas que a enfermeira realiza diante destas situações, como destacado na categoria 5.

Categoria 5: Instrumentos do cuidado

Nesta categoria, os segmentos de textos analisados a partir dos vocábulos instrumento, norte, experiência, *feeling*, ferramenta, protocolo e formação revelam relatos de insegurança das enfermeiras em relação à avaliação da pessoa em sofrimento psíquico por julgarem não ter conhecimento necessário, proveniente de sua formação e, desta forma, avaliam os casos de acordo com sua experiência, conforme realçado nas falas que seguem:

Dá uma insegurança, porque não é minha área de formação. A gente sente essa insegurança para atender tranquilo. (E20)

É mais a vivência mesmo e a experiência que a gente tem. Eu não fiz nada em saúde mental, não cheguei a trabalhar em nada disso, não estudei. É pela vivência mesmo que eu acabo fazendo a minha avaliação. (E8)

Dá até vergonha de falar, é muito feeling. Às vezes, até considero que não tenho o conhecimento técnico necessário para saber para onde encaminhar, mas se eu estou com dúvidas, eu não deixo de encaminhar para algum serviço ou minimamente acionar a família e falar das preocupações compartilhadas. (E24)

Diante das situações apresentadas, as enfermeiras consideraram importante a capacitação para que possam desenvolver autonomia no atendimento de casos das pessoas em sofrimento psíquico, destacando a possibilidade da criação de um instrumento ou protocolo para nortear suas práticas.

Eu acho que seria muito útil ter sim uma ferramenta pra isso, um norte e saber qual conduta tomar de uma forma menos dependente da equipe de saúde mental, que você tenha mais autonomia para atender esses casos. Eu acho que seria bacana um instrumento, mas eu acho que isso também necessita muita capacitação em cima, não é só um instrumento que vai resolver. (E11)

É como se a gente não tivesse qualificação para isso. Acho interessante um protocolo, uma criação de um protocolo de quais os profissionais podem dar atendimento. Que segmento? Que orientação? A gente prescreve cuidado de forma maravilhosa, mas, clinicamente falando, a gente não consegue fazer muita coisa. (E18)

Por meio da análise de similitude foi possível identificar as ligações existentes entre as palavras do *corpus* (Figura 2). Há uma síntese das classes por meio das palavras paciente, porque, falar, pessoa e sofrimento. Estes vocábulos organizam o conteúdo sobre a prática das enfermeiras no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico. Neste tipo de análise, o tamanho dos vocábulos e a espessura dos traços que os unem representam o quanto um termo é importante para a compreensão do fenômeno estudado.

Os vocábulos em destaque representam a pessoa em sofrimento (paciente) e como esta é percebida nesta condição, e como é atendida em suas necessidades. O vocábulo falar e outros ligados a ele refletem práticas que as enfermeiras empreendem à pessoa em sofrimento psíquico, tais como o deixar (associado ao deixar falar), conversar, ter o olhar. Entretanto, em algumas situações, as enfermeiras entendem que outras práticas são necessárias, tais como encaminhar ao CAPS, por exemplo (vocábulos ligados ao paciente) ou discutir com outros profissionais (vocábulos ligados ao caso).

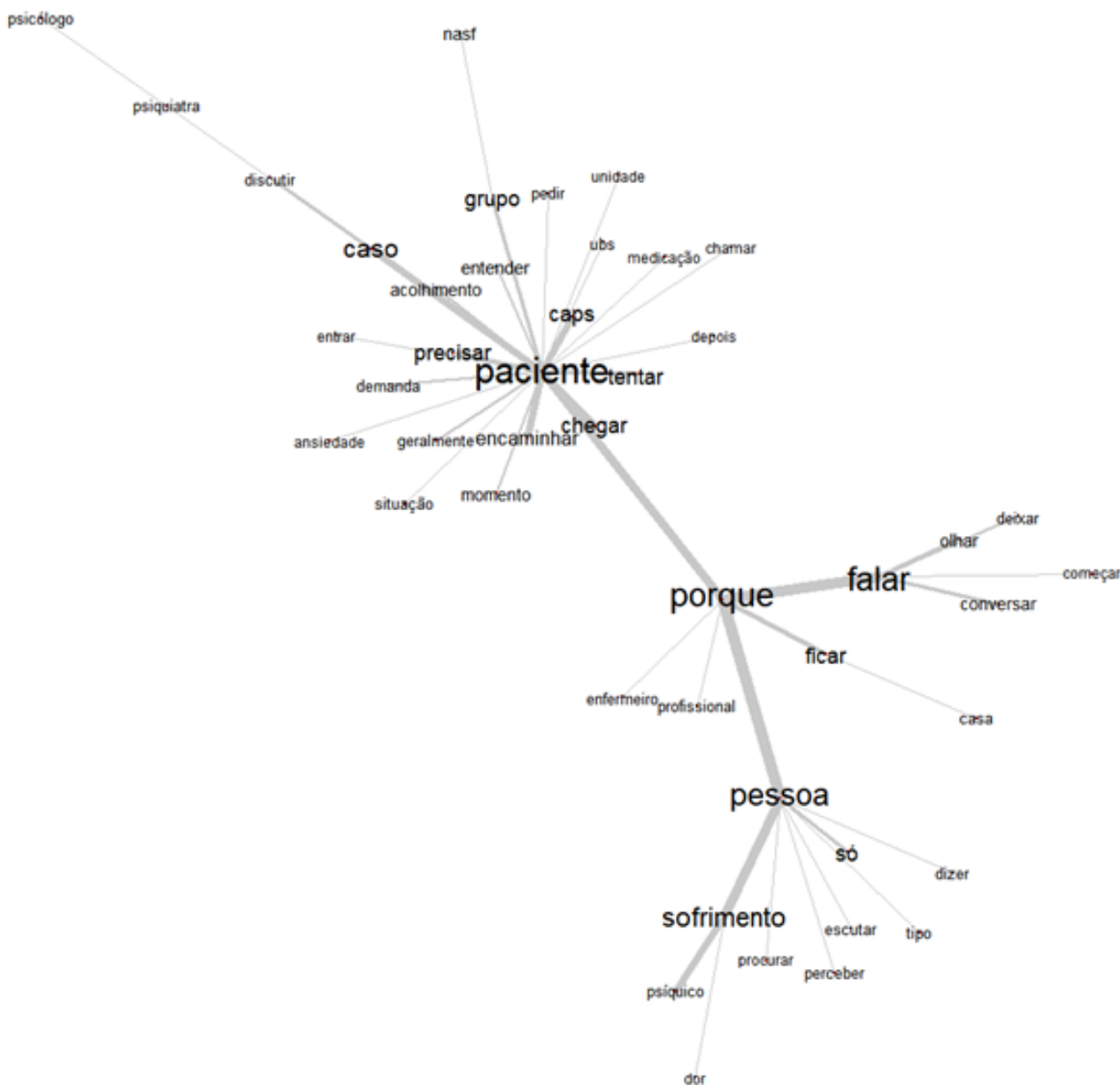
■ DISCUSSÃO

As enfermeiras do município em questão acreditam que as causas do sofrimento psíquico das pessoas que atendem, podem ser decorrentes das relações familiares conflituosas e de perdas ao longo da vida da pessoa. Nesse sentido, o sofrimento surge de múltiplos eventos, sobretudo os externos (outras pessoas, doenças, desemprego, perda de ente querido etc.), logo, não se pode reduzi-lo a uma única causa⁽⁵⁾.

De acordo com Cassell⁽⁶⁾, o sofrimento é um estado de aflição severo, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade de uma pessoa e exige consciência de si e envolvimento de emoções com efeitos impactantes no corpo. O autor acrescenta ainda que uma pessoa tem um passado e as experiências acumuladas ao longo da vida como uma parte de hoje e de ontem e que dão significados aos eventos da vida que fazem parte da pessoa. Reforça também a premissa que se deve ter atenção à pessoa doente e à doença e não apenas à doença.

Seguindo esta compreensão, as enfermeiras entendem que muitas vezes o sofrimento aparece velado diante de inúmeras queixas orgânicas, e que para manifestá-lo, o corpo pode funcionar como via de escoamento das implosões de conflitos pessoais e sociais, e que o mal-estar que a pessoa traz nos atendimentos, geralmente não é da ordem de uma alteração fisiológica. Envolve, geralmente, um contexto particular da pessoa que não é contemplado em protocolos de atendimento que realçam apenas a objetividade alcançada, ou seja, a doença como fenômeno^(6,19).

Figura 2 – Análise de Similitude do corpus textual.



Fonte: Banco de dados IRaMuTeQ, 2023.

A enfermeira deverá, então, expandir a compreensão sobre os aspectos físicos, emocionais, mentais e psicológicos que envolvem o sofrimento humano, pois só assim poderá, de fato, cumprir seu objetivo de aliviá-lo. Para tanto, deverá interagir subjetivamente com a pessoa, numa troca mútua de entendimento de significados e valores pessoais e existenciais⁽⁸⁾.

Destacou-se no presente estudo que outras vias deverão ser vislumbradas para o corpo não ser sobrecarregado como a única via de comunicação e enfrentamento, sendo a fala e a escuta caminhos que possibilitam um espaço de

ressignificação sobre questões pessoais e relacionais, para que sejam facilitadas a percepção e a criação de novas dimensões menos adoecedoras, considerando caminhos possíveis dentro da rede de saúde^(1,2,20).

Os resultados demonstraram que diante das diversas situações de apresentação do sofrimento psíquico, as enfermeiras possibilitam a escuta, permitindo durante o atendimento um espaço para que a pessoa fale, chore. Depreendeu-se ainda que, durante a escuta do sofrimento psíquico, deve-se explorar a história de vida da pessoa, ponto que envolve a escuta do sofrimento social, compreendendo que escutar

envolve também escutar seus dramas e suas tramas, social e psicologicamente construídas^(7,21). De acordo com o referencial teórico, enfatiza-se a importância da compreensão exaustiva da pessoa, do que os tornou quem são quando se sentem inteiros, ameaçados ou desintegrados, além de explorar sua visão do passado, futuro, dos outros, de suas vidas, objetivos e finalidades⁽⁸⁾.

Verificou-se que as enfermeiras acreditam que a medicalização ou a ajuda de outro profissional podem intervir mais satisfatoriamente frente à pessoa em sofrimento psíquico. Esse achado pode estar relacionado a uma formação deficitária em relação à temática saúde mental visto que as disciplinas que envolvem o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental ainda possuem, na maioria dos cursos, carga horária reduzida⁽²²⁾ e, deste modo, a intervenção poderá ser direcionada a um outro profissional, supostamente, mais qualificado para o atendimento.

Constatou-se também que ao não se sentirem em condições de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, as enfermeiras solicitam com frequência avaliação da equipe do NASF ou da atenção especializada, e que atua de forma muito importante nas discussões de casos, inclusive em ações de matriciamento como parte intrínseca de seu trabalho.

O matriciamento implementa-se a partir de uma pluralidade de tecnologias, dentre as quais a discussão de casos, que é procedimento altamente rotineiro nas unidades de saúde da APS, e sua riqueza encontra-se no fato de uma equipe interdisciplinar se debruçar sobre os casos e fazer emergir múltiplas visões acerca do processo de adoecimento das pessoas, bem como inúmeras propostas de cuidado, ampliando o escopo da compreensão sobre o sofrimento psíquico⁽²³⁾.

Todavia, cabe ressaltar, que a partir de 2019 deu-se o fim do financiamento discricionário e a extinção dos parâmetros de conformação do NASF, com descrédito significativo de equipes nos anos subsequentes e, por conseguinte, prejuízos no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico⁽²⁴⁾.

Quando avaliam que a pessoa em sofrimento psíquico apresenta algum grau de risco (risco para suicídio como mais citado), as enfermeiras realizam o encaminhamento para outros serviços como o CAPS ou acionam o SAMU para referir ao hospital, e criticam que não há uma definição e/ou classificação quanto ao risco, nem para onde deve ser encaminhado.

Em um recente estudo que analisou as práticas de saúde mental conduzidas por enfermeiras de Estratégia de Saúde da Família, constatou-se realidade semelhante, onde a prática de encaminhar pessoas em crise é constante, referida por mais da metade das profissionais, justificando falta de suporte técnico e de capacitações na temática de saúde mental⁽²⁵⁾. Contudo, para além da dificuldade técnica e de

recursos, a articulação da APS com outros componentes, amplia as possibilidades de cuidado e impulsiona a qualificação da RAPS⁽²⁶⁾.

As fragilidades dos mecanismos de comunicação e o não reconhecimento dos fluxos de cuidado institucionais apontados pelas enfermeiras também se configuraram como obstáculos ao desenvolvimento de um cuidado integral e continuado, o que compromete a construção de uma linguagem coletiva e reconhecida pelos diversos profissionais e gestores⁽²⁷⁾.

Destarte, frente aos casos mais graves e críticos, seria viável uma qualificação da equipe quanto à conduta de referenciamento e à identificação do risco, a fim de que estejam alinhadas com os critérios de urgência em saúde mental. Para tanto, o estabelecimento de um fluxo mais estruturado, em conjunto com os demais serviços da RAPS, contribuiria sobretudo, com a demanda das pessoas em sofrimento psíquico⁽²⁸⁾.

É realidade que a estratificação de risco em saúde mental é uma estratégia norteadora para conduzir encaminhamentos para a atenção especializada dar continuidade nos níveis secundário e terciário. Entretanto, faz-se necessário que o sistema de referência e contrarreferência e a RAPS local sejam efetivos, organizando a assistência⁽²⁹⁾.

As enfermeiras demonstram desalinhamento com a concepção do campo da atenção psicossocial ao compreender as situações de crise como “surto” (psicótico), sentem-se inseguras e sem autonomia no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico. Para superar essas questões, consideraram que o estabelecimento de instrumentos, protocolos e fluxos podem nortear suas práticas e trazer mais “segurança”.

Estudo aponta que a instituição de protocolos na atenção em saúde mental na APS, pode qualificar condutas e eliminar a reprodução de receitas e encaminhamentos, constituindo um passo transformador na assistência⁽³⁰⁾. Acredita-se que associados às ações de educação permanente em saúde, a partir de situações concretas que as enfermeiras vivenciam, essas tecnologias podem imprimir e consolidar práticas sintonizadas aos pressupostos paradigmáticos da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial.

O presente estudo contribui para a expressão de enfermeiras generalistas, em exercício assistencial, sobre a percepção quanto às práticas de saúde mental na APS frente à pessoa em sofrimento psíquico. Uma possível limitação do estudo incide na não inclusão de gestores, cujas perspectivas enriqueceriam o entendimento sobre a condução da atenção em saúde mental do município. Entretanto, os achados certamente podem subsidiar a reprodução de estudos sobre a temática e fortalecer o debate em outras realidades do país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermeiras que atuam na APS conduzem suas práticas com base na percepção de que o sofrimento psíquico decorre de um processo desencadeado a partir de uma heterogeneidade de fatores, quase sempre relacionados ao ambiente social e familiar e com variadas formas de apresentação, inclusive, com sinais e sintomas físicos. Nota-se, então, uma compreensão ampliada sobre sofrimento psíquico que, paulatinamente, vem assumindo uma dimensão anteriormente ocupada pelos transtornos mentais.

As práticas promovidas pelas enfermeiras são realizadas por meio da promoção de espaços de escuta e expressão, discussão de casos com profissionais do NASF e matriciamento, na tentativa de potencializar seus atendimentos. Contudo, percebem prejuízos na formação para avaliar a pessoa em sofrimento psíquico, expressados na insegurança ao prestar o atendimento. Diante disso, solicitam o desenvolvimento de instrumentos gerenciais, como protocolos institucionais e capacitações para subsidiar a assistência.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 2013 maio 21 [citado 2023 ago 29];96(150 Seção 1):37-40. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/05/2013&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=176>
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 2017 set 22 [citado 2023 ago 29];154(183 Seção 1):68-76. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>
4. Nunes VV, Feitosa LGGC, Fernandes MA, Almeida CAPL, Ramos CV. Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20190104. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>
5. Silva SDSC, Santana AM. Atenção Básica: práticas de saúde mental e seus desafios. Rev Humanid Inov. 2021 [citado 2023 ago 28];8(45):28-43. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/4009>
6. Corgozinho MM, Barbosa LO, Araújo IP, Araújo GTF. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. Rev Bioét. 2020;28(2):249-56. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: saúde mental [Internet]. 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2023 ago 29]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
8. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. Oxford: Oxford University Press; 2004.
9. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Enferm. 2018;71(Supl.1):704-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
10. Bossato HR, Loyola CMD, Oliveira RMP. Challenges of nursing care in psychosocial rehabilitation: a study from the constructionist perspective. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl3):e20200408. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0408>
11. Farinhuk PS, Savaris LE, Franco RS. Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde. Res Soc Dev. 2021;10(3):e24010313267. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13267>
12. Barros S, Nóbrega MPSS, Santos JC, Fonseca LM, Floriano LSM. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1609-17. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>
13. Kates N. Mental health and primary care: contributing to mental health system transformation in Canada. Can J Community Ment Health. 2018;36(4):33-67. doi: <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-033>
14. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>
15. Campos CJG, Saidel MGB. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. Rev Pesqui Qual. 2022;10 (25):404-24. doi: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>
16. Araujo PS, Souza GS, Costa EA, Souza MCB, Lima YOR. Efeitos da pandemia de COVID-19 no trabalho em vigilância sanitária. Ciênc Saúde Colet. 2023;28(5):1365-76. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11852022>
17. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les premiers socialistes pour l'élection présidentielle française. In: Dister A, Longrée D, Prunelle. Actes des 11es journées internationales d'analyse statistique des données textuelles. Université de Liège – Facultés Universitaires Saint Louis Bruxelles; 2012. p. 687-99.
18. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qual Res Sport Exerc Health. 2019;11(4):589-97. doi: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
19. Muusse C, Kroon H, Mulder CL, Pols J. "Caring for a Crisis": care and control in community mental health. Front Psychiatry. 2022;12:798599. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.798599>
20. Milhorim TK, Costa Neto SB. Manifestações corporais do sofrimento psíquico: psicossomática em contexto de pronto-socorro. Rev Soc Bras Psic Hospitalar. 2019 [citado 2023 ago 29];22(1):127-53. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100008&lng=pt&nrm=iso
21. Lima PMR, Lima SC. Psicanálise crítica: a escuta do sofrimento psíquico e suas implicações sociopolíticas. Psicol Ciênc Prof. 2020;40:e190256. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190256>
22. Gusmão ROM, Viana TM, Araújo DD, Torres JDPV, Junior RFS. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. J Health Biol Sci. 2022;10(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhs.v10i1.3721.p1-6.2022>
23. Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLCL. Matriciamento em saúde mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. Ciênc Saúde Colet. 2021;26(6):2311-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>

24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 03/2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2023 dez 02]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
25. Mussumeci PA, Chaves SMA, Rodrigues NAN, Felipe LAF, Guimarães CCV, Aguiar BGC. Atuação da enfermagem nos cuidados aos pacientes em sofrimento mental na Estratégia de Saúde da Família. *Enferm Brasil*. 2020;19(6):477-83. doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i6.4371>
26. Nóbrega MPSS, Mantovani GS, Domingos AM. Resources, objectives and guidelines in a psychosocial care network structure. *RevBrasEnferm*. 2020;73(1):e20170864. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0864>
27. Sampaio ML, Júnior JPB. Rede de atenção psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00042620. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
28. Souza BS, Pio DAM, Oliveira GTR. Perspectivas de usuários em sofrimento psíquico sobre um serviço de pronto atendimento. *Psicol Cienc Prof*. 2021;41:e221805. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221805>
29. Cardoso LCB, Arruda GO, Giacon-Arruda BCC, Paiano M, Pinho LB, Marcon SS. Processo de trabalho e fluxo de atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e2019019. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0191>
30. Cordeiro GFT, Santos TM, Ferreira RGS, Guljor APF, Peters AA, Peres MAA. Protocolos para atendimento de saúde mental na atenção primária: subsídios para transformação da assistência. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e82680. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82680>

■ **Agradecimentos:**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Dárcio Tadeu Mendes, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega, Carla Sílvia Fernandes.

Análise formal: Dárcio Tadeu Mendes, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega.

Conceituação: Dárcio Tadeu Mendes, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega, Carla Sílvia Fernandes.

Curadoria de dados: Dárcio Tadeu Mendes.

Escrita – rascunho original: Dárcio Tadeu Mendes, Ana Clara Delben Gianella, Juliana Xavier Pellegrini, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega, Carla Sílvia Fernandes.

Escrita – revisão e edição: Dárcio Tadeu Mendes, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega, Carla Sílvia Fernandes.

Investigação: Dárcio Tadeu Mendes.

Metodologia: Dárcio Tadeu Mendes, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega, Carla Sílvia Fernandes.

Recursos: Dárcio Tadeu Mendes, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega.

Software: Dárcio Tadeu Mendes, Ana Clara Delben Gianella, Juliana Xavier Pellegrini.

Supervisão: Dárcio Tadeu Mendes, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega, Carla Sílvia Fernandes.

Visualização: Dárcio Tadeu Mendes, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Dárcio Tadeu Mendes

E-mail: darcioenf63itu@yahoo.com.br

Recebido: 23.09.2023

Aprovado: 15.01.2024

Editor associado:

Gabriella de Andrade Boska

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira