

## COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS: ACOLHIMENTO E ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*WITH THE WORD, NURSES: RECEPTION AND MENTAL HEALTH CARE IN PRIMARY CARE*

DOI: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.e1.a2023.pp1627-1634> Recebido em: 30.12.2022 | Aceito em: 06.03.2023

**Débora Morgana Soares Oliveira do Ó, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros, Jéssica Rodrigues Correia e Sá, Tamires Correia dos Santos Barbosa, Romário Correia dos Santos**

*Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia<sup>a</sup>  
\*E-mail: romario.correia@outlook.com*

### RESUMO

**Introdução:** o trabalho do enfermeiro no processo de cuidado de pacientes em sofrimento mental deve estar associado aos pressupostos das diretrizes do modelo antimanicomial. No entanto sua atuação ainda enfrenta percalços mesmo 20 anos depois da criação de uma política específica. **Objetivo:** analisar como os enfermeiros da estratégia de saúde da família de um distrito sanitário da capital de Pernambuco percebem o acolhimento e a atenção em saúde mental na atenção básica. **Método:** estudo descritivo, transversal, de natureza qualitativa. Participaram da pesquisa oito enfermeiras lotadas em unidades básicas de saúde, a coleta de dados se deu através da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado sendo analisados através do discurso do sujeito coletivo. Considerou-se que os indivíduos, seres sociais por natureza, compartilham ideias, crenças, valores, representações e sentidos. **Resultados:** obteve-se um panorama discursivo que traz significados sobre a atenção em saúde mental e o acolhimento dos usuários apontando lacunas importantes para a efetivação do cuidado integral e resolutivo dos usuários. **Conclusão:** desafios na formação dos profissionais, fragmentação da rede, e modelo de atenção médico hegemônico são apontados como nós críticos a serem superados para a instauração de um acolhimento e uma atenção à saúde amplo, democrático e inclusivo.

**Palavras-chave:** Atenção básica; Assistência à saúde mental; Enfermagem em saúde comunitária; saúde mental.

### ABSTRACT

**Introduction:** The nurse's work in the process of caring for patients with mental suffering must be associated with qualified care in the guidelines of the anti-asylum model. However, its performance still faces mishaps even 20 years after the creation of a specific policy. **Objective:** to analyze how nurses from the family health strategy of a health district in the capital of Pernambuco perceive reception and mental health care in primary care. **Method:** descriptive, cross-sectional study of a qualitative nature. Eight nurses working in basic health units participated in the research. Data collection took place through the application of a semi-structured interview script, being analyzed through the discourse of the collective subject. It was considered that individuals, social beings by nature, share ideas, beliefs, values, representations, and meanings. **Results:** A discursive panorama was obtained that brings meanings about mental health care and user embracement, pointing out important gaps for the effectiveness of comprehensive and resolute care for users. **Conclusion:** Challenges in the training of professionals, fragmentation of the network, and the hegemonic medical care model are pointed out as critical nodes to be overcome to establish a broad, democratic and inclusive reception and health care.

**Keywords:** Community health nursing; Mental health assistance; Mental health; Primary health care.



## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge na perspectiva de concretizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da assistência, proporcionando uma melhor comunicação entre a gestão, trabalhadores e usuários enfatizando um atendimento acolhedor e direcionado à qualificação do processo de cuidado (CURIOLETTI *et al.*, 2018).

Uma das descrições relacionadas às diretrizes específicas da PNH para a Atenção Básica (AB) pauta sobre o acolhimento em suas diversas formas, com o objetivo de incluir o paciente no serviço promovendo a diminuição da espera e, através da escuta qualificada e equidade, ampliando o acesso aos demais níveis do SUS (BRASIL, 2004).

O acolhimento possui diversas definições, seja de ordem semântica ou relacionada ao setor saúde, porém há uma maior importância no sentido dessa prática pelos atores que a executam. Não obstante, pode-se dizer que o acolher está em todas as formas de cuidado, no envolvimento entre os profissionais e pacientes, na escuta e receptividade, podendo ainda variar em suas configurações e espaços (BRASIL, 2013; LOPES *et al.*, 2015).

Nas unidades de saúde a realização do acolhimento deve seguir uma proposta de mudança do modelo baseado em quantidade de vagas reorientando suas práticas em direção a uma clínica ampliada durante todo o funcionamento do serviço, devendo ser realizado por qualquer profissional de saúde. A ampliação do cuidado advinda dessas ações configura uma transformação necessária no processo de trabalho da equipe, possibilitando a resolutividade das demandas e ampliação do acesso dos usuários (DUARTE *et al.*, 2017; HENTGES; COGO, 2017).

Para acessar os serviços de atenção à saúde do SUS os usuários detêm em seu território como porta preferencial as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se configuram como um espaço ideal para realização do acolhimento, tendo como foco o indivíduo, a família e a comunidade, as relações de vínculo e o atendimento com abordagem multiprofissional (DUARTE *et al.*, 2017). Nesse sentido, a AB deve acolher e dar resolutividade aos diversos tipos de demandas, com uso de tecnologias disponíveis para o cuidado integral no território, desenvolvendo ações de promoção da saúde a partir de uma abordagem fundamentada nos determinantes sociais e articulando saberes interdisciplinares no âmbito individual e coletivo (MATUDA *et al.*, 2015).

Segundo a Portaria 2.436/17, o acolhimento é um espaço de escuta sem exclusão e produz respostas para as demandas dos usuários (BRASIL, 2017). Em se tratando das demandas acolhidas na AB, as referentes à saúde mental são apontadas como uma das mais complexas no tocante à identificação de queixas e condutas a serem tomadas (BRASIL, 2013). Frente a isso, os profissionais inseridos na AB necessitam de um olhar especial para esses casos, intervindo com saberes e fazeres que perpassam pela integralidade, considerando as questões psicossociais como inerentes dos processos do nascer-viver-morrer (SILVA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o enfermeiro como profissional diretamente ligado ao trabalho multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deparando-se com pessoas em sofrimento mental deve estar norteado por um acolhimento qualificado, despido de preconceitos a esta condição, pautado nas diretrizes de fortalecimento do modelo antimanicomial apoiado pela AB e pelo território (MERCES *et al.*, 2015; VIANA; LIMA, 2016).

Entretanto, haja vista os desafios da implementação da PNH que impactam diretamente na qualidade do acesso, na promoção, prevenção e atenção à saúde dos pacientes com sofrimento mental (SOUSA *et al.*, 2019). Somado a esse contexto há agravantes, como o receio do atendimento e acolhimento aos usuários em sofrimento mental por parte dos profissionais enfermeiros (NUNES *et al.*, 2020), tornando urgente a necessidade de criar-se estratégias que possibilitam reflexões sobre os nós críticos vivenciados pelos profissionais da AB no cuidado em saúde mental.

Dessa forma, o objetivo da pesquisa foi analisar como os enfermeiros da ESF de um Distrito Sanitário (DS) da capital de Pernambuco percebem o acolhimento e a atenção em saúde mental na atenção básica.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza qualitativa. Foi realizado no ano de 2018, em Unidades Básicas de Saúde de um DS, o mais populoso da capital pernambucana (RECIFE, 2018).

Foram incluídos na pesquisa os profissionais enfermeiros que estivessem a pelo menos um ano exercendo a função na unidade, fazendo parte da equipe mínima, estabelecida pela portaria 2.436/2017 (BRASIL, 2017); excluíram-se os profissionais que estavam em readaptação de função ou gozando do período de férias. A amostra foi dada por amostragem probabilística aleatória simples e o tamanho amostral da pesquisa foi dado por saturação dos discursos (MINAYO, 2017).

A coleta de dados se deu através da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, baseado nos cadernos de atenção básica sobre o acolhimento à demanda espontânea, com foco na atenção em saúde mental (BRASIL, 2004; 2013). O instrumento contou com perguntas acerca da caracterização sociodemográfica dos profissionais, formação acadêmica e atuação relacionada ao acolhimento em saúde mental na AB.

As entrevistas foram registradas por meio de um gravador de voz, transcritas na íntegra e organizadas com auxílio do software DSCsoft, na versão 2.0.

As análises dos discursos partiram da perspectiva do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica de organização de dados qualitativos que permite, por meio de processos sistemáticos, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades. Assim, considera-se que os indivíduos, que são seres sociais por natureza, compartilham ideias, crenças, valores, representações e sentidos. Sendo a representação social resgatada através da síntese de conteúdos de diferentes discursos, unificando o depoimento e retratando a coletividade falada através de um indivíduo, na primeira pessoa do singular (ZERMIANI *et al.*, 2021).

A pesquisa seguiu os aspectos éticos, respeitando as normas contidas na Resolução n.º 466/12<sup>19</sup> e foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), sob Parecer n. 2.955.104.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de oito profissionais de enfermagem, sexo feminino, com média de 47,5 anos de idade. Todas as enfermeiras possuem 10 anos, ou mais, de formação acadêmica, 90% (7) delas com título obtido em universidades públicas. Em sua totalidade possuem pós-graduações com área de concentração em saúde pública, estando lotadas nas ESF por 12,5 anos, no mínimo.

Em se tratando da realização de educação permanente em saúde mental nestas ESF, 75% (6) das enfermeiras afirmam não ter participado, e ao serem questionadas a respeito da qualificação profissional referente ao acolhimento em saúde mental, 100% (8) das entrevistadas relatam que não realizaram nenhum curso com essa abordagem.

Obteve-se um panorama discursivo, que traz significados sobre a atenção em saúde mental e o acolhimento dos usuários, a partir dos elementos que

emergiram do DSC apresentados por sete questionamentos apresentados a seguir.

Pergunta 1: Como você considera sua formação acadêmica e sua atuação técnica no acolhimento às pessoas em sofrimento mental?

Ideia Central 1: Formação deficiente para o acolhimento em saúde mental

*DSC 1: “A minha graduação foi muito falha nesta formação. A disciplina falava mais das doenças em si e formas de tratamento, não buscava sinais e sintomas de alerta, ou como deve ser a primeira escuta e a abordagem posterior. O estágio foi apenas na unidade hospitalar, a carga horária e a experiência prática eram curtas, só via os pacientes, mas não estudava o caso. Apesar de já existirem os centros de atenção psicossocial, que não eram difundidos como é hoje, não tive a oportunidade de conhecer as outras nuances que a saúde mental tem. Não me sinto preparada para atender saúde mental, nem emergência, nem acompanhamento, eu não sei o que fazer.”*

A caracterização do público-alvo desta pesquisa demonstra que qualificar os profissionais no âmbito do SUS resulta em diversas transformações necessárias para edificação social do sistema, garantindo um processo de cuidado integral dos indivíduos pautado na humanização. Diante dos diversos cenários da rede, a AB deve ser uma importante aliada do processo de educação permanente, vocacionando os recursos humanos para solidificar ações territoriais, alcançando um conhecimento para além do conquistado no ambiente acadêmico (LOPES *et al.*, 2017).

Em congruência com o DSC 1 apresentado, Souza e Afonso (2015) retratam em seu estudo uma desordem no que diz respeito à formação teórico-prática em saúde mental dos profissionais enfermeiros, destacando a curta duração da disciplina na graduação, além da aprendizagem centrada na doença, fato que rompe com os preceitos da própria política de saúde mental. Tornando urgente assim os processos de educação continuada que capacite os profissionais de saúde para atender os pacientes com sofrimento mental e suas famílias (NUNES *et al.*, 2020).

Outro aspecto a ser frisado no discurso referido, diz respeito ao pouco contato das participantes na graduação com os CAPS e prática pautada apenas no ambiente hospitalar. Tal fato oportuniza o desencadeamento de uma formação que encontra esfinges para entender a lógica da desinstitucionalização e organização dos novos dispositivos de saúde mental existentes no território. Apesar desse achado, estudos

apontam que tem se identificado uma mudança na postura profissional dos enfermeiros, oportunizando novas maneiras de cuidado e resolução das demandas dos usuários (JÚNIOR *et al.*, 2017).

O presente estudo também se propôs a adentrar as demandas de saúde mental trazidas no acolhimento através do seguinte questionamento:

Pergunta 2: Você percebe demandas de saúde mental no acolhimento? Quais?

Ideia central 2: Heterogeneidade das demandas de saúde mental acolhidas na AB.

*DSC 2: “Tem as questões de saúde mental relativas à depressão, depressão pós-parto, esquizofrenia, paciente com transtorno de pânico, situações familiares decorrentes do aumento da violência gerando transtornos. Paciente com ansiedade tem bastante, transtorno psicótico. [...] eu já cheguei a atender um paciente em estado de surto. Pacientes também usuários de drogas e distúrbio de comportamento das crianças. Além disso, o uso da medicação psicotrópica é uma coisa indiscriminada.”*

Em estudo realizado no interior de São Paulo, com objetivo de analisar o manejo das necessidades de saúde mental na AB, as demandas relacionadas ao sofrimento mental no território foram caracterizadas desde os transtornos psíquicos leves aos persistentes, além do abuso de drogas e situações decorrentes do contexto social (SOUZA *et al.*, 2017), dialogando com a Ideia Central 2 deste estudo.

No entanto, o acolhimento a essas demandas de maneira efetiva na AB precisa favorecer a quebra do preconceito relacionado ao indivíduo e suas necessidades em saúde mental, vendo os usuários também como sujeitos do processo (SOUZA *et al.*, 2017; NUNES *et al.*, 2020). A terapêutica dos pacientes envolve, mas não só, questões como a medicação psicotrópica, citada no DSC 2 e caracterizada com utilização indiscriminada.

A utilização de medicamentos sem a real necessidade relaciona-se a processos amplos de cunho social e econômico, além dos relacionados à existência do ser humano. Este fenômeno torna-se frequente no âmbito da saúde mental, em consequência do emprego de uma linha de cuidado marcada pela distância entre profissionais e usuários, fragmentando a interação e subjetividade necessárias no tratamento destes pacientes na AB, ambiente propício para superar os obstáculos provenientes da psiquiatria (BEZERRA *et al.*, 2014).

Por conseguinte, na perspectiva de definir as dificuldades encontradas pelas enfermeiras ao deparar-se

com as principais demandas de saúde mental questionou-se:

Pergunta 3: Quais as dificuldades que perpassam pelo acolhimento às principais demandas de saúde mental na AB?

Ideia Central 3: A formação profissional e a rede de atenção à saúde como barreiras no acolhimento às demandas de saúde mental na AB.

*DSC 3: “A formação profissional tem que ser melhorada! Eu não tenho o preparo que eu considero adequado, o que mais os profissionais pedem é que se tenha uma educação continuada. Além disso, há muita dificuldade no encaminhamento, na referência, muitas vezes não tem para onde encaminhar, falta ter um mecanismo de referência [...] pois o paciente que está precisando de um tratamento mais específico, de uma avaliação psiquiátrica, não consegue atendimento logo, porque tem pouco psiquiatra na rede, a demanda é grande e no CAPS ele passa por um atendimento com o profissional disponível, que não garante o atendimento pelo psiquiatra. Quando envio o paciente ao CAPS, não tenho retorno, são alguns casos que eles entram em contato, mostra a dificuldade na contrarreferência.”*

Algumas dessas dificuldades no acolhimento a estas demandas visualizadas na Ideia Central 3, dialogam com os achados de Nunes e colaboradores (2020).

A formação profissional discutida anteriormente retorna ao foco, retratando uma problemática inerente ao processo de trabalho diante dos cuidados em saúde mental. Há, portanto, uma extrema necessidade de oxigenar a prática dos profissionais, suplantando o conhecimento técnico, incorporando as habilidades necessárias para expandir a comunicação e elucidar o apoio psicossocial, fortalecendo o acolhimento aos usuários e estabelecendo uma vinculação entre profissional e paciente, indispensável para a terapêutica (GRYSCHER; MARQUES, 2015).

Para o incremento dessas aptidões, a literatura aponta que a introdução de profissionais da rede especializada de saúde mental na AB é um ponto importante, porém não é o único. É imprescindível que haja ações que envolvam as necessidades que surgem no território, possibilitando intervir de maneira adequada criando uma relação de contribuição e ordenação entre a AB e atenção secundária, realizando o matriciamento, ferramenta fundamental nesse contexto (GRYSCHER; MARQUES, 2015).

Acerca da interlocução entre a AB e os serviços da Rede de Atenção à Saúde no cuidado às pessoas em

sofrimento psíquico, o DSC 3 aponta ainda uma relação fragmentada, citando a referência e contrarreferência como nós críticos neste processo, resultados evidenciados também por outros estudos (NUNES *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2017).

Além dos obstáculos nitidamente explícitos no DSC, há uma tendência de focalização na figura do psiquiatra, centrada no modelo biomédico, apontando a presença deste profissional como solução para os obstáculos encontradas no cuidado em saúde mental. A psiquiatria possui um cenário ideal para que não ocorra uma resolutividade pautada nos preceitos da AB, onde o território é o mais propício para promoção do vínculo, acolhimento e manejo multiprofissional dos casos (GRYSCHER; MARQUES, 2015; BARBOSA *et al.*, 2017).

No entanto, para além da discussão acerca da articulação entre a AB e a Rede de Atenção à Saúde, torna-se necessário valorar a intersetorialidade, importante ferramenta no processo de cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, por facilitar a criação de um projeto terapêutico singular e ressocialização do paciente dentro do seu território (SILVA *et al.*, 2017).

No intuito de explicitar a percepção das enfermeiras quanto à resolutividade do acolhimento aos pacientes em sofrimento mental, consideramos o seguinte questionamento:

Pergunta 4: Você considera o acolhimento da AB resolutivo para as questões de saúde mental? Por quê?

Ideia central 4: Como ser resolutivo? Dificuldades no acesso à medicação e a profissionais especializados.

*DSC 4: “Resolutividade mesmo, não tem. Eu não acho que só transcrever receita seja resolutivo. Esbarra na questão da referência, da falta de alguns medicamentos. [...] aqui não tem medicação, e se o paciente estiver em crise, ele vai ter que ir à emergência. Eu enquanto enfermeira não tenho autonomia, o máximo que eu posso fazer é orientar e encaminhar para os CAPS, ou no caso das urgências para os serviços de emergência psiquiátrica.”*

O acolhimento por si como é colocado no DSC 4 também é apontado por outros autores, salientando o receio profissional em lidar com esses pacientes (NUNES *et al.*, 2020).

Dois estudos realizados no Ceará corroboram com a ideia de manutenção da conduta terapêutica por longos períodos em pacientes de saúde mental na AB, reduzindo o cuidado a uma consulta que objetiva a

transcrição de medicamentos sem reavaliação da clínica do paciente, evidenciando um problema de difícil gerenciamento (BEZERRA *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2015).

Nessa mesma perspectiva, a Ideia Central 4 evidencia outro vértice pertencente ao modelo de conduta terapêutica em saúde mental adotada pelo profissional de enfermagem na AB, ancorado no serviço especializado. Tal fato permite a visualização de ações pautadas no modelo hegemônico centrado na cura, que não prioriza ações de promoção e prevenção da saúde, dificultando a linearidade do cuidado e ofuscando a potencialidade da AB em intervir nas diversas demandas psicossociais (MARTINS *et al.*, 2015). Cenário semelhante ao encontrado por Souza e Afonso (2015) nos saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental.

Para potencializar o delineamento do acolhimento aos pacientes de saúde mental na AB, foram abordadas três situações consideradas comuns (BRASIL, 2013) ao contexto da atenção psicossocial na AB: transtorno agudo relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, crises psicóticas agudas e risco de suicídio.

Pergunta 5: Fale sobre como se dá o acolhimento às pessoas com transtorno agudo relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Ideia Central 5: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) como alicerce na busca ativa para o acolhimento no transtorno agudo relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

*DSC 5: “Esse tipo de paciente vem ao acolhimento, mas não com frequência, não chegou nenhum paciente embriagado ou drogado para atender, esses pacientes vêm pra unidade às vezes com outras queixas e normalmente são atendidos pela médica. Quando as ACS identificam essas pessoas e trazem pra unidade, eu encaminho para o CAPS álcool e drogas, porém há uma grande dificuldade na adesão dessas pessoas nos serviços, quando o usuário quer não consegue dar seguimento ao tratamento [...]”*

O DSC 5 evidencia a motivação da procura ao serviço pelos usuários de álcool e outras drogas, geralmente relacionada a demandas diferentes, aspecto que torna o direcionamento das ações voltadas a esse público um tanto quanto sinuoso. Convergindo para a importância das ACS emergida em nosso estudo, Paula *et al.*, (2014) enfatiza também esta presença nas suas análises, demonstrando a representatividade das mesmas no processo de vínculo entre equipe e contexto comunitário.

Pergunta 6: Como se dá o acolhimento às crises psicóticas agudas?

Ideia Central 6: A rede de urgência e emergência e o CAPS no suporte à conduta no acolhimento às crises psicóticas agudas.

*DSC 6: “Em geral, chamo o SAMU e encaminho aos serviços de urgência e emergência psiquiátrica, se estiver com medicação na maleta, o médico medica, se não vai pra emergência. O nó maior é que os hospitais não estão atendendo, eu sou a favor da desospitalização, mas ficamos sem perna para se apoiar, por exemplo, uma paciente entrou em crise e ela foi retirada da crise pelo CAPS.”*

O caderno de atenção básica que trata do acolhimento às crises psicóticas agudas apresenta a necessidade de um cenário de compreensão do sofrimento mental do paciente, a tratar de forma acolhedora, afastando riscos e fatores estressores, articulando a família e a comunidade para um desenrolar tranquilizador do episódio. Dessa forma, oportuniza-se a contenção medicamentosa nos casos de agressividade intensa e não controlada, para só a partir de um ambiente seguro recorrer aos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2013), algo que parece não estar muito claro para os profissionais evidenciado a partir do DSC 6.

Ainda segundo a portaria 2.048/GM dispõe que o serviço de atendimento às urgências e emergências deve “reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas” (BRASIL, 2002). Portanto, a Rede de Atenção à Saúde Mental (RAPS) está colocada em caráter substitutivo possibilitando a assistência do usuário sem que precise perpassar por hospitais psiquiátricos, cenário que permeava o cuidado anterior à Reforma Psiquiátrica (RP), movimento importante para construir uma prática pautada em um novo modelo de sanidade e de desordem mental (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Para consolidação desse modelo, há a necessidade de atender em rede perpassando desde a AB com foco em promover, proteger e recuperar a saúde até os serviços de atenção à saúde em geral e especializados, articulando-se para ofertar assistência integral considerando a complexidade do indivíduo em situação de crise. Nesse sentido, o cuidado às crises psicóticas agudas é estratégico e desvela serviços potenciais, como o CAPS, citado nos DSC 1, DSC 3, DSC 4, DSC 5 e DSC 6, principalmente nesse último como suporte à retirada do usuário da condição aguda e descrito em estudos com o objetivo de “evitar internações” além de ser ferramenta de

articulação, guiando a desinstitucionalização (BRASIL, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Pergunta 7: Comente como se dá o acolhimento nos casos de risco de suicídio.

Ideia Central 7: O apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e do CAPS na conduta nos casos de risco de suicídio.

*DSC 7: “As pessoas que identifiquei com esse risco, faço uma abordagem, tento conversar e procuro introduzir em grupos. Mas a maioria eu peço apoio à psicologia do NASF e ao CAPS, que não tem um fluxo direto e tranquilo, tem que insistir. Caso o usuário esteja em eminência, tentou suicídio recentemente ou está falando muito, encaminho para o hospital psiquiátrico para que ele seja estabilizado e depois vá ao CAPS transtornado.”*

Discrepante da situação de crise psicótica, o comportamento de uma pessoa em risco de suicídio se manifesta de maneira airosa, porém é um importante problema de saúde pública, representando um total de 1,4% das causas de morte no mundo e com registro de 55.649 óbitos por suicídio no Brasil de 2011 a 2015. Ante a essa situação, é necessário perceber como o profissional da AB identifica os usuários do território e aproxima-se dessa discussão (BRASIL, 2017b).

A representação do DSC7 demonstra a potencialidade do NASF e do CAPS como dispositivos que agregam o cuidado ao paciente em risco de suicídio. Ideia que corrobora com o proposto pelo caderno de atenção básica. Em contrapartida, nos casos de alto risco, colocado no discurso como o indivíduo que “está falando muito”, a literatura conta com o apoio dos leitos de hospitais gerais para estabilização e do CAPS no acompanhamento, desfazendo-se da lógica colocada no DSC centrada em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2013).

Um fator de destaque está no acesso aos dispositivos, exposto nesse mesmo discurso como difícil, embora na regulamentação do CAPS o mesmo seja um serviço aberto às demandas de saúde mental, recebendo sem agendamento prévio novos usuários. Já o NASF tem como primazia o cuidado partilhado com a ESF, inserido tanto em celeridades clínicas quanto de ordem pedagógica. Expondo-se assim a necessidade de articulação firme em rede, conhecimento dos profissionais quanto ao itinerário terapêutico do paciente, com vistas a qualificar a assistência à saúde mental na AB, sucumbindo lacunas desveladas nesta pesquisa (SALES *et al.*, 2020).

O presente estudo apresenta limitações no tocante à abordagem multiprofissional diante do

problema, visto que somente foram entrevistados profissionais enfermeiros e a contribuição dos demais olhares referentes à temática agregaria dimensões amplificadas à pesquisa.

## CONCLUSÃO

As participantes da pesquisa demonstram uma formação longínqua dos dispositivos da rede de atenção a pessoa em sofrimento mental sendo um possível fator determinante da práxis. Dentro do contexto de formação, a educação permanente mostra-se ausente, explicitando uma fragilidade na construção de profissionais que enxerguem as inquietações como força motriz de

aprendizado, implicando diretamente na forma como os mesmos irão acolher os usuários.

A AB, em toda sua complexidade, encontra amplas demandas de saúde mental no acolhimento amparado de acordo com os discursos em um modelo centrado na medicalização, transluzindo uma realidade de demanda espontânea não resolutive

Por fim, para que o acolhimento em saúde mental na AB siga os passos desenhados em sua idealização e se torne efetivo, há também que se conferir autonomia aos profissionais, mantendo ferramentas de apoio cruciais, como o matriciamento, consolidando assim os preceitos desse nível de atenção que deve acolher, promover, proteger e recuperar a saúde dos usuários.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, V. F. B. *et al.* The role of primary attention in health on the constitution of the network care in mental health. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 659-668, 2017.

BEZERRA, I. C. *et al.* “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de atenção básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Decreto nº de 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 da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, 2017b.

CURIOLETTI, R. M. *et al.* O cuidado a hipertensos e diabéticos na perspectiva da Política Nacional de Humanização. **Journal Of Nursing And Health**, v.8, p. 1-13, 2018.

DUARTE, W. B. A.; FALCÃO, T. M. L.; BELTRÃO, A. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1061-1074, 2017.

GRYSCHER, G. P.; MARQUES, A. A. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

HENTGES, I. C.; COGO, A. L. P. Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa. **Journal Of Nursing Health**, v. 7, p. 4-15, 2017.

JÚNIOR, M. P. *et al.* Enfermagem e o processo de desinstitucionalização no âmbito da saúde mental: revisão integrativa **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 893-898, 2017.

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 25, p. 01-07, 2017.

LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.

MARTINS, A. K. L. *et al.* Mental health practices in the family health strategy: an exploratory study. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, p. 1905-1914, 2015.

MERCES, A. M. F. *et al.* Práticas de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, 2015;20(02):417-425.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 07, p. 01-12, 2017.

NUNES, V. V. *et al.* Primary care mental health: nurses' activities in the psychosocial care network. **Rev. Bras. Enferm.** v. 73, n. suppl 1, p. 01-07, 2020.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, p. 18-22, 2018.

PAULA, M. L. *et al.* Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 02, p. 223-233, 2014.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 1ª. Ed. - Recife, 2018. 99 p.

SALES, W. B. *et al.* A importância da equipe NASF/AB - enftretamentos e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa/crítica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 48, p. e3256, 2020.

SILVA, M. L. B.; DIMENSTEINI, M. D. B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 3, n. 66, p. 31-46, 2014.

SOUSA, S. B.; COSTA, L. S. P.; JORGE, M. S. B. Cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária: contribuições da enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, p. 151-164, 2019.

SOUZA, M. C.; AFONSO, M. L. M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 08, p. 332-347, 2015.

SOUZA, J. *et al.* Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 935-94, 2017.

VIANA, D. M.; LIMA, A. F. Saúde Mental e Atenção Primária: Compreendendo Articulações e Práticas de Saúde da Família no Ceará. **Revista de Psicologia**, v. 07, n. 02, p.118-130, 2016.

ZERMIANI, T. C. *et al.* Discurso do Sujeito Coletivo e Análise de Conteúdo na abordagem qualitativa em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, p. e57310112098, 2021.