

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
CURSO DE ENFERMAGEM

TAMY GASEN OLEQUES SOUZA
ALINE RODRIGUES TEIXEIRA

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO
E SUPORTE ASSISTENCIAL

CRICIÚMA
2026

TAMY GASEN OLEQUES SOUZA

ALINE RODRIGUES TEIXEIRA

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

**A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E
SUPORTE ASSISTENCIAL**

Trabalho de Conclusão do Curso
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade do Extremo Sul Catarinense
- UNESC, para a obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Carine Cardoso

CRICIÚMA

2026

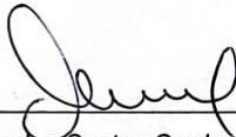
TAMY GASEN OLEQUES SOUZA
ALINE RODRIGUES TEIXEIRA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E
SUPORTE ASSISTENCIAL**

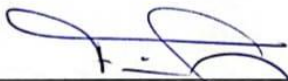
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado
pela Banca Examinadora para obtenção do
Grau de Bacharel no Curso de
Enfermagem da Universidade do Extremo
Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 24 de junho de 2026.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Carine dos Santos Cardoso - Mestra- Orientadora
Universidade do Extremo Sul Catarinense



Prof.ª Dra. Fabiane Ferraz
Universidade do Extremo Sul Catarinense



Prof. Dr. Diogo Domingui
Universidade do Extremo Sul Catarinense

RESUMO

A saúde mental tem se consolidado como uma das principais demandas na Atenção Primária à Saúde, exigindo dos profissionais de enfermagem competências que articulem cuidado clínico, acolhimento e organização do processo assistencial no território. Nesse contexto, a enfermagem assume papel estratégico na coordenação do cuidado, na escuta qualificada e na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial. Entretanto, desafios relacionados à sobrecarga de trabalho, fragilidades na integração entre os serviços e limitações estruturais podem comprometer a resolutividade das ações em saúde mental na atenção primária. Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um município no sul de Santa Catarina sobre a organização do cuidado e a execução da assistência em saúde mental no território. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvida com 12 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais que possuem experiência mínima de seis meses na atenção primária do município, buscando compreender percepções, práticas e dificuldades relacionadas ao atendimento de usuários em sofrimento psíquico. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática, que permitiu identificar categorias relacionadas à organização do cuidado, às estratégias assistenciais e às barreiras institucionais enfrentadas pelos profissionais. Os resultados confirmam uma grande sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções, o que torna o cuidado mecânico, compromete a escuta qualificada e acaba levando ao adoecimento das equipes. Além disso, nota-se a insuficiência da educação permanente por parte do município, a escassez de protocolos bem definidos e uma tendência à medicalização. Como enfrentamento, as enfermeiras utilizam o vínculo com pacientes e Agentes Comunitários de Saúde para melhor coordenar o cuidado. Assim, conclui-se que há um descompasso entre as diretrizes de humanização e a realidade do serviço, fazendo com que a assistência dependa majoritariamente do compromisso ético e da intuição profissional. Logo, evidencia-se a necessidade de estudos futuros sobre a prevalência de Burnout na atenção básica, a perspectiva dos usuários sobre a medicalização e a efetividade real do matriciamento com os CAPS.

Palavras-chave: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Assistência à Saúde Mental.

Parecer CEP nº: 8.314.563

CAAE: 96423326.6.0000.0119

ABSTRACT

Mental health has consolidated as one of the main demands in Primary Health Care, requiring nursing professionals to possess competencies that articulate clinical care, user welcoming, and the organization of the care process within the territory. In this context, nursing assumes a strategic role in care coordination, qualified listening, and integration with the Psychosocial Care Network. However, challenges related to work overload, weaknesses in service integration, and structural limitations may compromise the effectiveness of mental health actions in primary care. Given this scenario, this study aims to understand the perception of Primary Health Care nursing professionals in a municipality in the state of Santa Catarina (Brazil), regarding the organization of care and the execution of mental health assistance within the territory. This is a qualitative, exploratory, and descriptive study conducted with nurses working in the Family Health Strategy. Data collection was performed through semi-structured interviews with professionals who had a minimum of six months of experience in the municipality's primary care, seeking to understand perceptions, practices, and difficulties related to the care of users experiencing psychological distress. Data were analyzed using thematic content analysis, which allowed the identification of categories related to the organization of care, healthcare strategies, and institutional barriers faced by professionals. The results confirm significant work overload and accumulation of roles, which renders care mechanical, compromises qualified listening, and ultimately leads to staff illness. Furthermore, there is an insufficiency of permanent education provided by the municipality, a scarcity of well-defined protocols, and a tendency toward medicalization. As coping mechanisms, nurses rely on the bond with patients and Community Health Agents to better coordinate care. Thus, it is concluded that a discrepancy exists between humanization guidelines and the reality of the service, making assistance heavily dependent on the professional's ethical commitment and clinical intuition. Consequently, there is an evident need for future studies on the prevalence of Burnout in primary care, the users' perspective on medicalization, and the actual effectiveness of matrix support (*matriciamento*) with Psychosocial Care Centers (CAPS).

Keywords: Nursing; Primary Health Care; Family Health Strategy; Mental Health Assistance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de estruturas de saúde do município	27
Quadro 2 – Caracterização das participantes.....	32
Quadro 3 – 1ª Categoria: Responsabilidades e práticas da enfermagem na saúde mental.....	33
Quadro 4 – 2ª Categoria: Percepção dos enfermeiros sobre a assistência em saúde mental na APS	38
Quadro 5 – 3ª Categoria: Estratégias utilizadas para romper barreiras e promover o cuidado humanizado com as RAPS.....	43
Quadro 6 – Sugestões de melhoria na perspectiva das entrevistadas	50

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
eMulti	Equipe Multiprofissional
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Planos Terapêuticos Singulares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.2 QUESTÃO NORTEADORA	11
1.3 PRESSUPOSTOS	11
1.4 OBJETIVOS	12
1.4.1 Objetivo Geral	12
1.4.2 Objetivos Específicos	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS	14
2.1.1 O papel da APS como porta de entrada do SUS e coordenadora do cuidado	15
2.2 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
2.2.1 Conceitos de saúde mental e sofrimento psíquico	16
2.2.2 O Papel da APS na Prevenção, Promoção e Cuidado em Saúde Mental	18
2.2.3 Integração entre APS e RAPS	19
2.3 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
2.4 A ENFERMAGEM E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS	21
2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E NO SUPORTE ASSISTENCIAL	23
2.6 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NAS ESTRATÉGIAS E BOAS PRÁTICAS	24
3 METODOLOGIA	26
3.1 TIPO DE ESTUDO	26
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	26
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	27
3.3.1 Critérios de inclusão	27
3.3.2 Critérios de exclusão	27
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	28
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	29
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	29
3.6.1 Possíveis riscos do estudo	30
3.6.2 Minimização dos riscos	30
3.6.3 Benefícios do estudo	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	32
4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
4.2.1 Responsabilidades e práticas da enfermagem na saúde mental	33
4.2.2 Percepções gerais sobre a saúde mental na APS	38
4.2.3 Desafios enfrentados e estratégias de enfrentamento utilizadas	42
4.2.4 Sugestões e perspectivas	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXO I	61
ANEXO II	63
ANEXO III	68

1 INTRODUÇÃO

Com o crescente avanço dos tópicos de humanização na assistência, a saúde mental tem se consolidado como uma das principais demandas na Atenção Primária à Saúde (APS), exigindo dos profissionais de enfermagem uma atuação estratégica, sensível e resolutive. Nesse contexto, o enfermeiro assume papel central na coordenação do cuidado, no acolhimento dos usuários do sistema e na articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017).

No Brasil, a APS é responsável pelo primeiro contato do paciente com o sistema de saúde e deve ser manejada pelos profissionais que ali atuam com base na continuidade, integralidade e individualidade do usuário. Diante disso, é fundamental ter uma estrutura que contemple o paciente como um todo e que se relacione com as redes, principalmente com as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) (Alcântara *et al.*, 2022).

A promoção da integralidade no cuidado em saúde exige atenção à intersubjetividade que emerge nos múltiplos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, no contexto da APS e na criação de vínculo entre ambas as partes (Brasil, 2017). Esse processo representa um desafio constante para a organização das práticas assistenciais, exigindo a reinvenção contínua dos modos de trabalho. Nesse cenário, as estratégias de humanização têm sido mobilizadas como forma de superar a excessiva tecnicidade que ainda marca a produção do cuidado, buscando ampliar o olhar sobre o sujeito e suas necessidades.

Nesse contexto, a humanização implica reconhecer e valorizar a dimensão subjetiva do indivíduo, priorizando-a nas relações cotidianas estabelecidas pelos profissionais de saúde. Trata-se de um esforço para construir vínculos mais sensíveis, acolhedores e integrados, capazes de promover um cuidado mais efetivo e respeitoso ao usuário dos serviços (Brasil, 2013). A APS é reconhecida como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por acolher e encaminhar as demandas em saúde mental que emergem no território. No entanto, a complexidade do sofrimento psíquico exige dos profissionais, especialmente da enfermagem, uma abordagem que vá além da técnica, incorporando dimensões subjetivas, sociais e relacionais (Brasil, 2021).

Segundo Ayres (2006), a humanização das práticas de saúde implica reconhecer o outro como sujeito de direitos, com histórias, valores e afetos que devem

ser considerados na construção do cuidado. Para o autor, a humanização é um compromisso ético do profissional de saúde que ocupam esses espaços.

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o profissional enfermeiro é responsável pela organização e gestão desses espaços e compreende papel fundamental na condução de estratégias que contemplem as necessidades do indivíduo de forma integral e alinhada com os fundamentos do SUS, direcionando o usuário de forma digna, objetiva e clara, facilitando a continuidade e resolutividade do processo saúde doença a qual o usuário está inserido.

1.1 JUSTIFICATIVA

A saúde mental é uma das áreas que mais demandam atenção dentro do SUS, especialmente na APS, onde costuma ocorrer o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 970 milhões de pessoas viviam com algum transtorno mental em 2019, sendo a ansiedade e a depressão os transtornos mais prevalentes. Após a pandemia de COVID-19, houve um aumento estimado de 25% nos casos de ansiedade e depressão em todo o mundo. Nesse contexto, o crescimento das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, associado a fatores sociais, econômicos e culturais, exige que a equipe de enfermagem esteja preparada para atuar de forma resolutiva, empática e humanizada (OMS, 2022).

No Brasil, estima-se que cerca de 9,3% da população apresente transtornos de ansiedade, colocando o país entre aqueles com maior prevalência dessa condição no mundo. Além disso, estudos apontam que entre 20% e 30% dos usuários atendidos na APS apresentam algum tipo de sofrimento mental que demanda acompanhamento profissional (Brasil, 2022). Diante dessa realidade, torna-se essencial compreender como os enfermeiros enfrentam os desafios diários na organização do cuidado e na oferta de suporte assistencial aos usuários com transtornos mentais, considerando seu papel estratégico no acolhimento, na escuta qualificada e na coordenação do cuidado.

Apesar da expansão das políticas públicas voltadas à saúde mental e da consolidação da ESF como principal modelo assistencial da APS, ainda existem lacunas importantes na qualificação do cuidado, na articulação entre os serviços da RAPS e na formação dos profissionais de enfermagem. Pesquisas nacionais demonstram que muitos enfermeiros relatam dificuldades relacionadas à insuficiência

de capacitação específica em saúde mental, sobrecarga de trabalho, limitações estruturais e persistência do estigma associado aos transtornos mentais. Esses fatores podem comprometer a efetividade das ações desenvolvidas na atenção básica, tornando necessária a investigação desses desafios para subsidiar práticas mais eficazes e qualificadas (Amarante; Nunes, 2018).

Aliadas a esse contexto, nossas vivências com pessoas em sofrimento mental nos levaram a perceber a complexidade, a sensibilidade e a necessidade de aprofundamento desse tema. Assim, diante da oportunidade de abordar essas questões em um Trabalho de Conclusão de Curso, optamos por desenvolver esta pesquisa, buscando contribuir para a reflexão sobre a atuação da enfermagem na APS frente às demandas de saúde mental.

A relevância deste estudo está em sua contribuição para o fortalecimento da assistência em saúde mental no âmbito da atenção básica, por meio de reflexões sobre o papel da enfermagem e suas potencialidades na organização do cuidado. Considerando que os transtornos mentais representam uma das principais causas de incapacidade no mundo, impactando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos e gerando elevados custos sociais e econômicos, torna-se imprescindível investir em estratégias que qualifiquem a assistência. Além disso, este trabalho pode servir como base para a formulação de programas de capacitação, protocolos assistenciais e políticas públicas que valorizem a saúde mental como parte integrante do cuidado em saúde, promovendo atendimento mais humanizado, acessível e resolutivo.

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

Como os profissionais de enfermagem da APS de um município do Sul Catarinense percebem a organização do cuidado e executam a assistência em saúde mental?

1.3 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos deste estudo fundamentam-se na compreensão de que a prática da enfermagem na APS é atravessada por múltiplos fatores estruturais, organizacionais e subjetivos que influenciam a qualidade do cuidado em saúde mental. Esses pressupostos expressam as expectativas teóricas das pesquisadoras quanto às condições, desafios e estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros no contexto territorial de um município do sul do estado de Santa Catarina, servindo como base

para a análise crítica das evidências empíricas a serem produzidas. Diante disso, o estudo parte dos seguintes problemas:

- insuficiência de formação e capacitação específica em saúde mental;
- inexistência ou fragilidade de protocolos institucionais que orientem o cuidado em saúde mental;
- sobrecarga laboral decorrente do acúmulo de funções, demandas excessivas e limitações estruturais nas unidades de saúde;
- obstáculos na integração e continuidade do cuidado entre a Atenção Primária e os serviços especializados da RAPS;
- manutenção de estigmas sociais e institucionais que influenciam negativamente o cuidado em saúde mental.

Acredita-se que os enfermeiros, mesmo diante dessas dificuldades, desenvolvem estratégias próprias para lidar com as demandas em saúde mental, baseando-se em sua experiência, intuição clínica, vínculos com os usuários e articulação com outros membros da equipe multiprofissional. Presume-se ainda que, apesar dos esforços individuais, a falta de suporte institucional adequado compromete a continuidade e a resolutividade do cuidado.

Com base nisso, considera-se que compreender essas experiências, desafios e estratégias pode contribuir para a reflexão crítica sobre a prática da enfermagem na APS, possibilitando o desenvolvimento de propostas que fortaleçam a atenção em saúde mental. Espera-se que os resultados da pesquisa possam apontar caminhos para qualificação profissional, apoio institucional e melhoria na organização do cuidado, em consonância com as diretrizes do SUS e os princípios da integralidade.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos enfermeiros da APS de um município do Sul Catarinense sobre a organização do cuidado e a execução da assistência em saúde mental no território.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais responsabilidades e práticas da enfermagem na APS voltadas ao acolhimento, escuta qualificada e acompanhamento de pessoas com demandas em saúde mental;
- Investigar a percepção dos enfermeiros da APS na organização do cuidado e na oferta assistencial em saúde mental;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS

A criação do SUS foi consolidada pela Constituição Federal de 1988, a qual reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, representando um marco histórico nas políticas públicas brasileiras. Esse avanço foi fruto das lutas dos movimentos sociais, sanitaristas e profissionais da saúde, que buscavam superar o modelo excludente vigente até então e garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2016).

Em seguida, o sistema foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, que definiram suas diretrizes organizacionais e os mecanismos de participação social. A partir dessas normativas, o SUS passou a assegurar acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde, consolidando-se como um dos maiores sistemas públicos do mundo (Brasil, 1990a; 1990b).

A Atenção Primária é considerada a porta de entrada preferencial do SUS e tem como objetivo garantir o acesso universal, integral e contínuo aos serviços de saúde. É caracterizada por ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, organizadas a partir das necessidades da população e do território em que está inserida (Brasil, 2017).

Os princípios fundamentais da APS incluem a universalidade do acesso, assegurando o direito à saúde para todas as pessoas; a integralidade da atenção, que visa atender o indivíduo em todas as suas dimensões; a equidade, que busca reduzir desigualdades, priorizando os grupos mais vulneráveis; e a longitudinalidade, que se refere à continuidade do cuidado e ao vínculo estabelecido entre usuário e equipe de saúde.

Outro princípio é a coordenação do cuidado, garantindo a integração entre os diferentes níveis de atenção; a responsabilização sanitária, pela qual a equipe assume compromisso com o território e a população adscrita; e a humanização do atendimento, que valoriza a escuta qualificada, o acolhimento e o respeito às singularidades de cada pessoa (Brasil, 2017; Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

O princípio da universalidade garante que todos os cidadãos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, sem discriminação de idade, renda, gênero, local de residência ou condição social. Isso significa que o SUS deve oferecer atendimento a

toda população, em qualquer nível de atenção, abrangendo desde a prevenção até o tratamento de doenças complexas (Brasil, 1990; Paim, 2018).

A equidade se refere à oferta de atenção diferenciada de acordo com as necessidades de cada indivíduo ou grupo populacional. Ou seja, o SUS prioriza ações para reduzir desigualdades em saúde, oferecendo mais recursos ou serviços para quem mais precisa, garantindo justiça social e acesso proporcional às vulnerabilidades (Paim, 2018; Mendes, 2019).

A integralidade é a diretriz que busca a atenção completa à saúde do indivíduo, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Esse princípio orienta que a atenção não se limite apenas a procedimentos médicos, mas inclua promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma articulada entre todos os níveis de atenção (Brasil, 1990; Mendes, 2019).

Nesse contexto, incluem-se os princípios adotados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria nº 2.436 de 2017, que define as diretrizes para a organização da APS no SUS, reafirmando a ESF como o modelo prioritário. Entre suas principais atualizações, a norma integrou as ações de vigilância em saúde à atenção básica, flexibilizou a composição das equipes para permitir outros modelos de organização além da ESF e reformulou as atribuições dos profissionais, o que objetivou ampliar o acesso e a resolutividade dos serviços prestados à população (Brasil, 2017).

2.1.1 O papel da APS como porta de entrada do SUS e coordenadora do cuidado

A APS desempenha papel central no SUS, funcionando como porta de entrada para todos os usuários. Isso significa que a APS é responsável por receber, acolher e encaminhar os pacientes para os níveis de atenção necessários, garantindo acesso oportuno e contínuo aos serviços de saúde (Brasil, 2017; Paim, 2018).

Além disso, a APS atua como coordenadora do cuidado, integrando os diferentes níveis de atenção e articulando ações entre a atenção básica, especializada e hospitalar. Esse papel de coordenação inclui o acompanhamento longitudinal do paciente, a gestão de tratamentos e encaminhamentos, e a promoção de ações de prevenção e promoção da saúde. A coordenação também fortalece a integralidade do cuidado, evitando fragmentação e garantindo que o usuário receba atenção adequada às suas necessidades (Mendes, 2019).

A proximidade com o território e o vínculo com a comunidade permitem à APS identificar determinantes sociais e fatores de risco que impactam a saúde, oferecendo cuidado personalizado e contínuo, além de atuar na promoção da saúde mental, prevenção de doenças crônicas e acompanhamento de condições complexas (Campos; Domitti, 2007).

De acordo com o decreto, o SUS é estruturado em Regiões de Saúde, compostas por municípios limítrofes que visam à integração das ações e serviços para garantir a integralidade da atenção. Cada Região de Saúde deve contemplar, no mínimo, os seguintes componentes: atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar especializada e vigilância em saúde (Brasil, 2017).

O planejamento da saúde é definido como ascendente e integrado, partindo do nível municipal até o federal, e tem como instrumentos o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos garantem a coerência entre as ações executadas e as diretrizes do SUS, promovendo a transparência e a corresponsabilidade entre os gestores (Brasil, 2017).

Além disso, o decreto define as portas de entrada do SUS, que incluem a atenção primária, os serviços de urgência e emergência, os serviços de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto, garantindo o acesso ordenado e regulado à rede de atenção.

Por fim, o Decreto nº 7.508/2011 reforça os princípios da regionalização, hierarquização e integralidade, organizando o SUS de forma articulada e cooperativa entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regionais (Brasil, 2011a).

2.2 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.2.1 Conceitos de saúde mental e sofrimento psíquico

A saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalha de forma produtiva e contribui para a comunidade. Trata-se de um conceito amplo, que vai além da ausência de transtornos mentais, englobando fatores psicológicos, sociais e ambientais que influenciam o bem-estar (OMS, 2022; Brasil, 2023b).

O sofrimento psíquico refere-se a experiências emocionais ou cognitivas que geram sofrimento, angústia ou mal-estar, mas que nem sempre configuram um transtorno mental clínico. Esse sofrimento pode ser desencadeado por situações de vida estressantes, problemas sociais, traumas ou doenças crônicas, e sua abordagem requer escuta qualificada, acolhimento e suporte psicossocial (Amarante, 2018).

Na APS, diferenciar sofrimento psíquico de transtornos mentais é essencial para o cuidado integral. Isso permite intervenções precoces, prevenção do agravamento de sintomas e integração com serviços da RAPS, promovendo saúde mental de forma contínua e territorializada (Campos; Domitti, 2007).

A atuação das equipes multiprofissionais da APS é um elemento fundamental na promoção da saúde mental. O trabalho conjunto entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde possibilita o acolhimento integral e a escuta qualificada, respeitando as singularidades de cada indivíduo. A prática do cuidado compartilhado e do apoio matricial, por meio da interlocução com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), favorece a construção de projetos terapêuticos singulares, que fortalecem a autonomia dos usuários e contribuem para a consolidação do modelo de atenção psicossocial (Brasil, 2017).

Além disso, a integração entre os níveis de atenção é essencial para garantir a continuidade do cuidado. A APS, como porta de entrada do SUS, deve atuar em articulação com os serviços especializados, garantindo fluxos assistenciais organizados e referências claras para o atendimento em saúde mental. Essa articulação fortalece a regionalização e a integralidade da atenção, princípios orientadores do SUS definidos pelo Decreto nº 7.508/2011, assegurando que o cuidado seja realizado de forma equitativa e territorialmente adequada (Brasil, 2011a).

Outro aspecto relevante diz respeito à promoção da saúde mental como política intersetorial, envolvendo ações que ultrapassam o setor saúde. A atuação conjunta com áreas como educação, cultura, assistência social e trabalho é essencial para enfrentar os determinantes sociais do sofrimento psíquico, promovendo condições de vida mais saudáveis e o fortalecimento dos vínculos comunitários. A implementação de grupos de convivência, oficinas terapêuticas e práticas integrativas e complementares na APS contribui para o empoderamento dos usuários e para a redução do estigma relacionado aos transtornos mentais, fortalecendo a construção de uma sociedade mais inclusiva e solidária (Brasil, 2020a).

Por fim, investir na formação e capacitação permanente dos profissionais da Atenção Primária é fundamental para a qualificação do cuidado em saúde mental. O desenvolvimento de competências em escuta, acolhimento, comunicação e trabalho em rede amplia a resolutividade dos serviços e fortalece a capacidade das equipes em lidar com as demandas psicossociais complexas do território. Assim, a APS se consolida como um espaço estratégico para a promoção da saúde mental, pautado nos princípios de integralidade, equidade e humanização do cuidado (Campos; Domitti, 2007).

2.2.2 O Papel da APS na Prevenção, Promoção e Cuidado em Saúde Mental

A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel essencial na prevenção, promoção e cuidado em saúde mental, atuando na identificação precoce de transtornos, no acolhimento, no acompanhamento contínuo e no desenvolvimento de ações educativas e comunitárias que favorecem o bem-estar psicológico e a integralidade do cuidado. Dessa forma, a APS fortalece a rede de atenção e contribui para a redução dos agravos em saúde mental (Zorzi *et al.*, 2024; Souza *et al.*, 2025).

No âmbito da APS, a promoção da saúde mental envolve ações que fortalecem a autonomia, a autoestima e o bem-estar da população, como grupos terapêuticos, atividades educativas, apoio psicossocial e integração com políticas públicas sociais e culturais (Brasil, 2021).

A prevenção em saúde mental abrange a detecção precoce de fatores de risco, permitindo a identificação de situações de vulnerabilidade e a implementação de intervenções oportunas que minimizem o agravamento do sofrimento psíquico e promovam a qualidade de vida da população. Nesse contexto, a APS desempenha papel estratégico ao oferecer cuidado contínuo e ações preventivas no território (Zorzi *et al.*, 2024).

Além disso, a APS atua como ponto de cuidado contínuo, oferecendo acompanhamento longitudinal, acolhimento qualificado e encaminhamento para a RAPS quando necessário. Essa atuação fortalece a integralidade do cuidado, integrando promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental (Brasil, 2021).

A atuação da equipe multiprofissional na APS é essencial para o cuidado em saúde mental, pois possibilita a troca de saberes e a construção de práticas integradas entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários.

Essa interdisciplinaridade favorece o acolhimento ampliado e o desenvolvimento de estratégias de cuidado que consideram o contexto social e familiar do usuário (Giacomini; Rizzotto, 2022).

Outro aspecto relevante é o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade, elemento central da APS. A construção de relações de confiança e escuta ativa facilita o reconhecimento de demandas subjetivas e promove a corresponsabilização dos usuários no cuidado, estimulando o protagonismo e a autonomia no processo terapêutico (Zorzi *et al.*, 2024; Souza *et al.*, 2025).

Por fim, a articulação da APS com setores como educação, assistência social e cultura é indispensável para a promoção da saúde mental em uma perspectiva ampliada. Essas parcerias intersetoriais ampliam as possibilidades de cuidado, atuando sobre determinantes sociais da saúde e contribuindo para a redução do estigma e da exclusão associados aos transtornos mentais (Brasil, 2020a).

2.2.3 Integração entre APS e RAPS

A integração entre a APS e a RAPS é essencial para garantir continuidade e integralidade do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais. Enquanto a APS atua como porta de entrada, acompanhando o usuário no território e promovendo prevenção e promoção da saúde mental, a RAPS oferece suporte especializado por meio dos CAPS, unidades de acolhimento e serviços complementares (Brasil, 2023; Zorzi *et al.*, 2024).

Uma das principais estratégias de integração é o matriciamento em saúde mental, no qual profissionais especializados em saúde mental atuam junto às equipes de APS, promovendo troca de saberes, construção de planos terapêuticos singulares e capacitação contínua das equipes (Chiaverini *et al.*, 2022; Brasil, 2023).

Apesar dos avanços, desafios persistem, incluindo falta de capacitação profissional, sobrecarga de trabalho e dificuldades de comunicação entre níveis de atenção. A superação desses obstáculos é fundamental para que o cuidado seja resolutivo, humanizado e alinhado às necessidades do território (Brasil, 2014).

Ainda que com os avanços da Reforma Psiquiátrica e da implementação da RAPS, o cuidado em saúde mental no território enfrenta diversos desafios. Um dos principais é a capacidade limitada das equipes da APS, muitas vezes sobrecarregadas e sem capacitação suficiente para lidar com sofrimento psíquico e transtornos mentais leves ou moderados (Chaves *et al.*, 2022).

A integração entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços especializados em saúde mental ainda apresenta fragilidades significativas. Em muitos municípios, essa articulação é insuficiente, o que compromete a continuidade do cuidado e a construção de planos terapêuticos singulares. Estudos apontam que a escassez de recursos financeiros, infraestrutura limitada e a falta de profissionais especializados impactam diretamente a resolutividade das ações, dificultando a efetividade da Rede de Atenção Psicossocial (Souza; Rodrigues; Lima, 2021).

Outro desafio importante é o estigma e a exclusão social enfrentados por pessoas com transtornos mentais, que podem dificultar o acesso aos serviços e a adesão ao tratamento. A atuação da APS deve, portanto, incluir ações de acolhimento, escuta qualificada e promoção da cidadania, além de articulação com políticas sociais, culturais e educacionais do território (Campos; Domitti, 2007).

2.3 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A enfermagem na APS desempenha papel essencial na promoção, prevenção, cuidado e acompanhamento contínuo da população. Enfermeiros e técnicos de enfermagem são responsáveis por ações de triagem, acompanhamento de doenças crônicas, vacinação, educação em saúde, promoção da saúde mental e encaminhamento para serviços especializados, garantindo integralidade e resolutividade no cuidado (Brasil, 2011; Mendes, 2019).

Na APS, os profissionais de enfermagem atuam como ponto de referência no território, desenvolvendo vínculos com os usuários e promovendo longitudinalidade do cuidado. Essa proximidade permite identificar determinantes sociais, fatores de risco e necessidades específicas de cada indivíduo ou comunidade, contribuindo para intervenções mais eficazes (Campos; Domitti, 2007).

Outro aspecto importante é a participação da enfermagem no apoio matricial, em que profissionais especializados apoiam as equipes na capacitação e acompanhamento de casos complexos. Como afirmam Veras *et al.* (2026), “o apoio matricial caracteriza-se como uma importante estratégia de organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde, ao promover a integração entre o Centro de Atenção Psicossocial e as equipes da Estratégia Saúde da Família.

Além disso, a enfermagem na APS desempenha um papel estratégico na educação em saúde e prevenção de agravos, orientando famílias, grupos comunitários e indivíduos sobre hábitos saudáveis, autocuidado e adesão ao

tratamento, contribuindo para a redução de internações e para a melhoria da qualidade de vida da população (Mendes, 2019).

A atuação da enfermagem na APS também se destaca pela coordenação do cuidado e articulação com outros níveis de atenção do sistema de saúde. O enfermeiro atua como elo entre a comunidade e os serviços especializados, garantindo continuidade no acompanhamento dos pacientes e a integralidade das ações em saúde. Essa função exige uma visão ampliada do processo saúde-doença e a capacidade de planejar intervenções que considerem não apenas os aspectos clínicos, mas também os contextos sociais e culturais dos indivíduos (Starfield, 2002).

Outro ponto relevante é o papel do enfermeiro na gestão e organização dos serviços de saúde dentro das Unidades Básicas. Através do planejamento, supervisão e avaliação das ações, o profissional de enfermagem contribui para a melhoria da qualidade do atendimento e para a eficiência do uso dos recursos disponíveis. Além disso, a liderança exercida por esses profissionais é fundamental para o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional e para o desenvolvimento de práticas colaborativas que priorizem o cuidado centrado no usuário (Peduzzi *et al.*, 2019).

Por fim, é importante destacar que a atuação da enfermagem na APS enfrenta desafios significativos, como a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais e humanos e a necessidade constante de capacitação profissional. Mesmo diante dessas dificuldades, os profissionais demonstram comprometimento e criatividade na busca por soluções que garantam um cuidado integral e humanizado. Estudos apontam que a valorização e a formação contínua da equipe de enfermagem são fundamentais para o fortalecimento da Atenção Primária e para a consolidação do SUS como modelo universal e de qualidade (Silva; Oliveira, 2020).

2.4 A ENFERMAGEM E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS

No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica brasileira e a criação da RAPS, redefiniram o modelo do cuidado, substituindo o paradigma hospitalocêntrico pelo cuidado territorial e comunitário amplo (Amarante, 2022). A integração entre saúde mental e APS é considerada essencial para ampliar o acesso e a efetividade das ações, sendo o apoio matricial uma das principais estratégias para qualificar o cuidado, oferecer suporte as equipes e fortalecer a integralidade (Alves *et al.*, 2024).

No contexto da APS, a atuação da enfermagem está alinhada ao acolhimento qualificado e à escuta ativa, favorecendo a construção de vínculos terapêuticos, essencial para a adesão ao tratamento e promoção do bem-estar (Amarante, 2018). A equipe de enfermagem também participa do matriciamento em saúde mental, integrando saberes com profissionais especializados e contribuindo para a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) que considerem as necessidades individuais e contextuais dos pacientes (Veras *et al.*, 2026).

Outro aspecto importante é a promoção da saúde mental na comunidade, na qual a enfermagem realiza grupos terapêuticos, atividades educativas, acompanhamento de usuários em risco e orientações sobre autocuidado e prevenção de recaídas. Essa atuação fortalece a integração com a RAPS, garantindo cuidado contínuo, resolutivo e territorializado (Campos; Domitti, 2007).

A atuação da enfermagem na APS, portanto, vai além do cuidado clínico, abrangendo educação em saúde, apoio psicossocial, articulação em rede e construção de vínculos, sendo essencial para a integralidade do cuidado em saúde mental no território (Brasil, 2021).

A formação continuada dos profissionais de enfermagem é outro pilar fundamental para o fortalecimento das práticas em saúde mental na APS. O investimento em capacitações, oficinas e educação permanente permite que os enfermeiros desenvolvam habilidades para lidar com situações complexas, como crises emocionais, ideação suicida e uso abusivo de substâncias psicoativas. A qualificação constante contribui para que o cuidado seja mais humanizado, acolhedor e alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2022a).

Além disso, a prática da enfermagem em saúde mental na APS está diretamente relacionada à intersetorialidade, articulando-se com escolas, centros de assistência social e organizações comunitárias. Essa integração possibilita a criação de redes de apoio e proteção que fortalecem o cuidado integral, sobretudo para populações vulneráveis, como adolescentes, idosos e pessoas em situação de rua.

Por fim, é imprescindível destacar que o reconhecimento e a valorização da enfermagem como agente de transformação no campo da saúde mental dependem de políticas públicas que garantam melhores condições de trabalho, autonomia profissional e recursos adequados. O fortalecimento da APS e da RAPS requer o protagonismo da enfermagem, que atua na linha de frente, promovendo escuta, acolhimento e cuidado humanizado em todos os níveis da atenção (Brasil, 2023a).

2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E NO SUPORTE ASSISTENCIAL

A atuação da enfermagem na APS e no cuidado em saúde mental enfrenta diversos desafios relacionados à organização do cuidado e ao suporte assistencial. Entre os principais obstáculos estão a sobreposição de funções, carga de trabalho elevada, escassez de recursos materiais e humanos, além da necessidade de constante atualização e capacitação para lidar com situações complexas de saúde mental (Campos; Domitti, 2007; Mendes, 2019).

Outro desafio significativo é a articulação entre APS e outros níveis de atenção, como os serviços especializados da RAPS. Muitas vezes, a comunicação entre equipes é limitada, o que dificulta o acompanhamento longitudinal, a continuidade do cuidado e a implementação de PTS (Alves *et al.*, 2024).

Além disso, a enfermagem deve lidar com barreiras sociais e culturais, incluindo estigmas relacionados a transtornos mentais, resistência à adesão ao tratamento e dificuldades de acesso a serviços em algumas regiões do território. A superação desses desafios requer planejamento estratégico, trabalho interdisciplinar, suporte gerencial e políticas públicas eficazes, garantindo que a enfermagem consiga oferecer cuidado integral, humanizado e resolutivo (Peduzzi *et al.*, 2021; Veras *et al.*, 2026).

Diante dos desafios já apontados, outro obstáculo para a enfermagem na APS é a falta de conhecimento técnico acerca do comportamento suicida. Um estudo realizado com profissionais de enfermagem da atenção primária evidenciou lacunas importantes em sua formação acadêmica, especialmente na identificação precoce de sinais de risco, o que compromete a abordagem preventiva. Dias, Almeida e Rocha (2024) destacam que muitos enfermeiros relatam não ter sido preparados para escutar ideação suicida ou estruturar intervenções adequadas no momento de crise (Dias; Almeida; Rocha, 2024).

Adicionalmente, a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros se intensifica quando o cuidado em saúde mental é considerado parte das atribuições da APS. A recente proposição legislativa brasileira, o Projeto de Lei nº 1.091/2024, busca dimensionar tecnicamente o quadro de profissionais de enfermagem nos serviços de saúde, garantindo recursos humanos suficientes para atender à demanda; inclusive no manejo de casos complexos, como comportamento suicida (Brasil, 2024b). Sem

esse dimensionamento adequado, os profissionais de enfermagem têm dificuldade em oferecer cuidado resolutivo e manter acompanhamento longitudinal eficiente.

Por fim, a questão da capacitação institucional também merece destaque. Segundo a Resolução COFEN nº 743/2024, aprovada em março de 2024, foram definidos novos parâmetros para o planejamento da força de trabalho em enfermagem, com ênfase na segurança do paciente, na densidade de profissionais por turno e na qualificação contínua (COFEN, 2024). Essa mudança normativa pode favorecer a alocação adequada de recursos humanos, permitindo que a enfermagem dedique mais tempo ao cuidado em saúde mental na APS, fortalecendo práticas clínicas qualificadas e o empoderamento profissional.

2.6 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NAS ESTRATÉGIAS E BOAS PRÁTICAS

Para superar os desafios enfrentados pela enfermagem na APS e no cuidado em saúde mental, diversas estratégias e boas práticas têm sido implementadas. Entre elas, destaca-se o apoio matricial, no qual profissionais especializados em saúde mental atuam junto às equipes de APS, oferecendo suporte técnico, capacitação contínua e construção conjunta de PTS (Alves *et al.*, 2024).

O conhecimento do território proporciona melhor planejamento e fornecimento das ações de saúde, ampliando o panorama de atuação dos serviços baseado nas carências identificadas do território adscrito, assumindo função resolutive dos contratempos evidenciados durante o processo (Bezerra *et al.*, 2020).

O acolhimento qualificado e a escuta ativa são estratégias centrais para lidar com sofrimento psíquico, favorecendo vínculo, adesão ao tratamento e prevenção de agravos. Grupos educativos, rodas de conversa, atividades comunitárias e acompanhamento longitudinal dos pacientes são exemplos de práticas que promovem saúde mental de forma contínua e humanizada (Amarante, 2018).

Além disso, o uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs), prontuários eletrônicos e protocolos clínicos padronizados contribui para melhor organização do cuidado, monitoramento dos pacientes e integração entre APS e serviços especializados da RAPS (Brasil, 2021).

Essas estratégias e boas práticas demonstram que, mesmo diante de desafios estruturais e sociais, é possível oferecer cuidado integral, humanizado e resolutivo, fortalecendo a APS e promovendo a saúde mental da população já que a APS se consolidou como porta de entrada do SUS, fundamentada nos princípios de

universalidade, equidade e integralidade. A Reforma Psiquiátrica e a criação da RAPS redefiniram o cuidado em saúde mental, substituindo o modelo hospitalocêntrico pelo territorial e comunitário (Amarante, 2015). A enfermagem emerge como protagonista, atuando no acolhimento qualificado, escuta ativa, acompanhamento longitudinal e educação em saúde (Campos; Domitti, 2007). Apesar dos avanços normativos, a literatura aponta lacunas significativas: insuficiência de estudos sobre estratégias práticas da enfermagem para superar desafios cotidianos no cuidado em saúde mental; fragilidades operacionais na integração APS-RAPS, especialmente nos mecanismos de articulação e continuidade do cuidado; e escassez de pesquisas sobre experiências e percepções dos profissionais de enfermagem. As barreiras (sobrecarga, capacitação insuficiente e recursos limitados) carecem de análises aprofundadas sobre seus impactos na qualidade assistencial (Mendes, 2019).

Os desafios estruturais enfrentados pela enfermagem comprometem elementos essenciais do cuidado em saúde mental, como o acolhimento qualificado e o acompanhamento longitudinal. No entanto, fortalecer o cuidado em saúde mental na APS é essencial para responder às crescentes demandas de sofrimento psíquico e garantir os princípios do SUS. Nesse sentido, a enfermagem, pela proximidade territorial e capacidade de construir vínculos, constitui-se como eixo central dessa transformação, requerendo investimentos em capacitação, apoio matricial efetivo e adequação de recursos para qualificar o cuidado no território (Peduzzi *et al.*, 2021).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-exploratório. A pesquisa qualitativa busca compreender significados, percepções e experiências dos participantes em relação a saúde mental na atenção primária, permitindo interpretar a realidade a partir do ponto de vista dos profissionais da enfermagem. Esse tipo de delineamento é adequado quando o objetivo é compreender como os profissionais vivenciam e enfrentam desafios no desenvolvimento do cuidado em saúde mental na APS.

Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa busca compreender o universo dos significados, valores, atitudes e crenças que não podem ser reduzidos a simples dados numéricos. Esse tipo de abordagem permite aprofundar a compreensão dos fenômenos sociais a partir da perspectiva dos sujeitos, valorizando o contexto e a subjetividade das experiências humanas

De acordo com Gil (2017), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito e permitindo a formulação de hipóteses. Já a pesquisa descritiva busca observar, registrar e analisar as características de determinados fenômenos ou populações, sem interferir neles, contribuindo para uma compreensão mais detalhada da realidade estudada.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas APS de um município do Sul Catarinense. A rede de atenção primária do município é organizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas por equipes multiprofissionais responsáveis pelo atendimento longitudinal, territorial e contínuo da população descrita. Durante o período de pesquisa, foram entrevistadas 12 enfermeiras nas APS do município.

A seguir, o Quadro 1 lista o número específico das estruturas de saúde presentes no município.

Quadro 1 – Número de estruturas de saúde do município.

Estrutura	Quantidade	Observação
Equipes de Saúde da Família (ESF)	19	Unidades como Jardim Silvana, Vila Nova, Cristo Rei, etc.
Equipes de Atenção Primária (eAP)	5	Equipes que complementam o atendimento na rede.
Equipes de Saúde Bucal (eSB)	8	Atuam integradas às unidades de saúde.
CAPS I	1	Atendimento para transtornos mentais graves e persistentes.
Ambulatórios de Saúde Mental	2	Sendo um geral e um específico para Álcool e Drogas (CAPS AD).
Base do SAMU	1	Localizada na Rodovia SC-445, bairro Vila Nova.
Equipes Multiprofissionais (eMulti)	2	Antigo NASF, oferecem suporte especializado à APS.

Fonte: Brasil (2024a).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dos 21 profissionais atuantes no município, participaram do estudo, 12 enfermeiras, conforme critérios de inclusão, e 9 não participaram, por afastamento. Entre elas 5 folgas, 2 férias, 1 atestado e 1 não aceitou participar do estudo.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Profissionais graduados em enfermagem atuantes na APS com mais de 6 meses de atuação;
- Aceitar participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Ter disponibilidade e disposição em contribuir com a pesquisa por livre espontânea vontade.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Profissionais de licença, férias ou atestados no período de coleta.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, conduzidas em local reservado nas próprias unidades de saúde, em dia e horário previamente acordados com cada participante, de modo a não prejudicar o atendimento à população. O tempo médio para cada entrevista foi de 35 a 40 minutos e as participantes foram selecionadas por meio de amostragem intencional.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, contendo questões abertas relacionadas a:

- atuação da enfermagem no cuidado em saúde mental na APS;
- principais dificuldades vivenciadas no acolhimento e acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico;
- estratégias utilizadas para organização do cuidado e suporte assistencial;
- percepção sobre apoio institucional, Matriciamento e suporte da rede.

As entrevistas foram conduzidas de forma presencial, por meio de um questionário semiestruturado, e gravadas em áudio, com autorização das participantes. Ao final, as pesquisadoras puderam solicitar esclarecimentos adicionais (“perguntas de aprofundamento”), quando necessário, a fim de garantir a compreensão do sentido atribuído pelas participantes às suas falas. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra para análise. Dessa forma, a seguir, estão as etapas da pré-análise.

A primeira etapa foi o processo de transcrição no aplicativo HiNoter, que é um programa baseado em reconhecimento de voz por IA. No entanto, sua capacidade de transcrição se mostrou limitada a áudios de ótima qualidade, o que não era o caso de todas as gravações, já que o ambiente das entrevistas ficou restrito às unidades de saúde e suas limitações estruturais, como o ruído constante e interrupções por terceiros, se mostraram um empecilho à captação dos áudios. Assim, foi necessária uma etapa de transcrição manual das entrevistas, as quais tiveram as falas rotuladas individualmente com “PESQUISADORA [1 e 2]” e “ENFERMEIRA [seguida do número correspondente]”. Nesse processo, todos os nomes próprios citados foram omitidos com o uso de asteriscos, as perguntas foram destacadas em negrito e foram criadas estampas de tempo para facilitar a localização futura das respostas.

Depois disso, com as entrevistas já transcritas, as perguntas e respostas foram agrupadas por categoria e aproximação (Quadros 2 a 6¹). Ademais, para garantir o uso exclusivo das pesquisadoras dentro dos parâmetros éticos deste estudo, as transcrições foram protegidas por senha durante todo o processo e apagadas após análise.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

No contexto da análise de dados em pesquisas qualitativas em saúde, a categorização é um processo sistemático, proposto por Minayo (2014), que consiste em organizar e classificar o material empírico em unidades de significado. Para a autora, categorizar significa agrupar elementos, ideias ou expressões que possuem características comuns ou que se relacionam em torno de um conceito central, o que permite a transição dos dados brutos para uma interpretação teórica mais profunda. Esse processo não é meramente mecânico, mas sim uma operação analítica que busca desvelar as estruturas de relevância e os sentidos subjacentes aos discursos dos sujeitos, organizando as informações iniciais em categorias que respondam aos objetivos do estudo. Para isso inicialmente foi realizado:

- leitura flutuante e organização do material transcrito, visando familiarização com o conteúdo;
- exploração do material: identificação das unidades de significado e categorização das falas em eixos temáticos relacionados aos objetivos do estudo;
- tratamento e interpretação: articulação das categorias emergentes com a literatura científica e com as diretrizes de atenção psicossocial na APS, discutindo implicações para a prática da enfermagem.

Essas etapas nos permitiram compreender como os Enfermeiros da APS de um município do Sul Catarinense percebem o cuidado e executam a assistência em saúde mental.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da

¹ Para referência, as perguntas-guia das entrevistas estão disponíveis no questionário da pesquisa (Anexo III)

Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) para apreciação e aprovação antes do início da coleta de dados.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, riscos e benefícios do estudo e somente foram incluídos após a assinatura do TCLE. Para preservar o anonimato, as falas foram identificadas por codinomes, sem menção de nomes, cargos específicos ou unidades de lotação.

Os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para fins científicos e divulgados de forma coletiva, sem qualquer possibilidade de identificação individual.

Número do parecer do CEP: 8.314.563

CAAE:96423326.6.0000.0119

3.6.1 Possíveis riscos do estudo

1. Desconforto emocional: durante as entrevistas, os participantes podem se sentir desconfortáveis ao falar sobre as experiências profissionais ou estressantes da prática em saúde mental;
2. Risco de constrangimento ou julgamento: ao discutir práticas profissionais, o participante pode se sentir avaliado ou temer repercussões caso suas falas sejam reconhecidas;
3. Exposição de identidade (risco de quebra de sigilo): existe o risco de que opiniões, relatos ou críticas possam revelar, direta ou indiretamente, a identidade dos participantes ou do local de trabalho.

3.6.2 Minimização dos riscos

1. Uso de codinomes: cada participante foi identificado apenas por codinomes, garantindo o anonimato. Nenhum nome, setor ou instituição está mencionado no texto final da pesquisa;
2. Sigilo e confidencialidade: as entrevistas foram armazenadas em arquivos protegidos por senha, acessíveis apenas aos pesquisadores. Os áudios foram excluídos após a análise;
3. Local reservado e seguro: as entrevistas foram realizadas em local privativo, preservando a segurança e o conforto dos participantes;
4. Direito a desistência: os participantes podiam interromper a entrevista ou retirar sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo;
5. Perguntas abertas e não invasivas: o roteiro das entrevistas foi elaborado de maneira a evitar exposição desnecessária ou constrangimentos;

6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: todos os riscos, benefícios e direitos foram explicitados antes da participação.

3.6.3 Benefícios do estudo

Benefícios diretos: Benefícios diretos: Houve a possibilidade de o participante refletir sobre sua prática profissional e sobre os desafios da saúde mental, o que pôde contribuir para seu próprio desenvolvimento, bem-estar no trabalho e para a implementação de ações e medidas que possibilitaram uma melhor resolutividade na atenção prestada à saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Benefícios indiretos: O estudo pôde contribuir para melhorias nas práticas de cuidado em saúde mental; auxiliou gestores na compreensão da importância de profissionais capacitados para exercerem um trabalho digno e humanizado na assistência; proporcionou maior compreensão sobre as necessidades desses profissionais; e ampliou o conhecimento científico na área da saúde mental e da enfermagem, podendo subsidiar práticas educativas, ações de capacitação e políticas de cuidado voltadas aos trabalhadores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As entrevistas foram realizadas com 12 enfermeiras (E1 a E12) da APS de um município do Sul Catarinense, na faixa etária de 27 a 46 anos, com tempo de experiência profissional de 2 a 14 anos. Somente uma possui especialização em saúde mental (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização das participantes

Participante	Idade	Gênero	Tempo de atuação na enfermagem	Experiência em saúde mental
E1	34 anos	Feminino	13 anos	Apenas cotidiano da atenção primária.
E2	35 anos	Feminino	13 anos	“A minha experiência toda mesmo era de hospital. Então, agora, quando eu vim para cá, que eu fui para saúde pública. No caso, de unidade de saúde. Então, aí aqui a gente tem mais contato, no hospital não tem tanto, tem poucos casos.”
E3	27 anos	Feminino	5 anos	Apenas cotidiano da atenção primária.
E4	37 anos	Feminino	12 anos	Apenas cotidiano da atenção primária.
E5	40 anos	Feminino	13 anos	Apenas cotidiano da atenção primária.
E6	Não informado	Feminino	14 anos	Apenas cotidiano da atenção primária.
E7	40 anos	Feminino	2 anos	“Eu sou pós-graduada em saúde mental e psiquiatria. Trabalhei numa clínica de reabilitação psiquiátrica.”
E8	Não informado	Feminino	Não informado	Apenas cotidiano da atenção primária.

E9	46 anos	Feminino	Não informado	Apenas cotidiano da atenção primária.
E10	Não informado	Feminino	Não informado	Apenas cotidiano da atenção primária.
E11	36 anos	Feminino	Não informado	Apenas cotidiano da atenção primária.
E12	31 anos	Feminino	Não informado	Apenas cotidiano da atenção primária.

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, apresentamos as três categorias de perguntas, que foram definidas por proximidade e em acordo os objetivos deste estudo. Primeira categoria: Responsabilidades e práticas da Enfermagem na saúde mental. Segunda categoria: Percepção dos Enfermeiros sobre a assistência em saúde mental na APS. Terceira categoria: Estratégias utilizadas para promover barreiras e promover o cuidado humanizado com as RAPS. Logo depois, cada subseção traz a análise das principais respostas das participantes, considerando os pressupostos, os objetivos específicos e o referencial teórico da pesquisa.

4.2.1 Responsabilidades e práticas da enfermagem na saúde mental

Nesta categoria, abordamos as responsabilidades e práticas da enfermagem na saúde mental, buscando identificar as estratégias desenvolvidas diante dessa demanda (Quadro 3).

Quadro 3 – 1ª Categoria: Responsabilidades e práticas da enfermagem na saúde mental

Participante	Quais recursos seriam necessários para um cuidado efetivo em Saúde Mental?
E7	“Então...Acho que deveria ter... uma sala somente para saúde mental, porque quando a gente recebe uma demanda, ele é acolhido aqui na sala do enfermeiro, e muitas vezes ele não se sente à vontade .”
E8	“Muitas vezes, a gente vê a necessidade de internação prolongada e depois de o fechamento dos manicômios, as opções de internação ficaram mais restritas, e nós percebemos a necessidade

	de serviços que ofereçam internações mais prolongadas para alguns pacientes. Tem que ter uma porta de entrada naquele momento que ele está pedindo socorro...”
E1	“Eu acredito que a questão ali do CAPS mesmo, de porta aberta. Porque, eu sempre falo, não é que tem que chegar lá e ter um psiquiatra para atender, não é isso, mas é um acolhimento, e um acolhimento qualquer profissional pode fazer, né?!”
E11	“Acho que ainda falta muita coisa. Acho que o atendimento está sendo muito, como é que eu vou dizer... mecanizado, tudo muito rápido.”
Participante	De que forma a demanda em saúde mental é direcionada na APS?
E1	“Via SISREG, tem regulação. Mas agora a gente tem a psicóloga do eMulti, que atende aqui também. Então, os casos mais simples são passados para ela e ela tem uma fila de espera e vai chamando”.
E3	“Não temos para onde mandar eles de ir. Eles vêm aqui e sentam na recepção e quando veem a sua agente de saúde a chamam para conversar e a gente não tem para onde encaminhar no primeiro momento.”
E8	“Alguns estão aqui e, no momento da triagem, choram e relatam alguma situação, e a gente acaba individualizando e chamando em uma sala para tentar conversar e atender o paciente.”
Participante	Quais os maiores desafios encontrados que dificultam o cuidado em saúde mental?
E2	“[A dificuldade de encaminhamento é] uma barreira. Então, a gente tem essa dificuldade [...] assim, quando a gente precisa está ali, mas eles têm também a agenda deles, né? Não sei também como

	que funciona lá essa questão. Teria que ter uma porta aberta, mas a gente não tem. Se é uma causa mais grave, a gente pede que o paciente seja encaminhado direto para o hospital, que daí o hospital faz o encaminhamento, às vezes, para uma internação, se for o caso, enfim... E aí, alguns casos, que são questão ambulatorial, a gente tem a psicóloga que atende aqui na segunda-feira, a gente tenta direcionar para ela o mais rápido possível, até para um encaixe também com ela. E aí, depois a gente acaba tendo esse retorno desses pacientes [...] [além disso,] sobrecarga [de trabalho]. Então, a gente, às vezes... pela correria mesmo do dia a dia, tu não consegue parar, de atender o paciente na minha sala, conversar, ter já uma primeira conversa, que daí já dá uma aliviada, às vezes, numa crise de ansiedade, alguma coisa [...] Muitas vezes, o paciente chega, ele é acolhido, é feito a triagem, a gente sabe que é uma crise de ansiedade, por exemplo, ou uma ideação mas, às vezes, vai esperar ali na recepção com os outros pacientes, tu não vai conseguir dar aquela atenção que esse paciente precisaria. E eu acredito que isso seja geral de todas as unidades, que estar... em geral, assim, de todo mundo.”
E7	“Aqui o meu desafio é bem complicado, porque, como eu sou sozinha, às vezes, vem paciente aqui depressivo, querem uma atenção, querem um abraço e eu não consigo. Porque... como vocês viram aqui, eu não consigo, porque a minha sala é a recepção [...] se eu ficar com o paciente aqui, podendo dar aquela atenção que ele precisa, quando eu abrir a porta, tem 15 ali fora. Então, às vezes, eu fico meio assustada com isso, porque a gente que é da área, a gente quer acolher, quer dar aquela atenção que é preciso e não consegue.”
E9	“Sobrecarga de trabalho. População grande, muitas demandas. A população cada vez mais é exigente por demandas que, às vezes, não são institucionais.”

Participante	Há capacitações e apoio do município?
E1	“Capacitação, não, mas assim, sempre no setembro amarelo a gente tem palestras, né? Alguns encontros [...] geralmente, é mais nessa época [...] [além disso,] a gente tem as reuniões mensais, então, algumas vezes é aproveitado esse tempo para passar algum fluxo novo ou capacitação para gente. A gente tem também, nas reuniões de equipe, a educação continuada. Então, a gente, dentro do nosso espaço de reunião, temos alguns temas para ser trabalhado com a equipe. Então, eu acredito que tenha sim, eu vejo que tem.”
E2	“Ah, não, isso a gente participa bastante. Sempre que tem [...] é fornecido pelo município. Tem o janeiro branco, que é sobre saúde mental, setembro amarelo também, que é sobre suicídio. Então, acaba tendo bastante capacitação.”
E3	“Eles fornecem [...] Todo ano tem o janeiro branco, eles fornecem palestras, tem cursos online para quem quiser fazer. Mas assim, tudo que a gente precisa, o CAPS que é a nossa direção, né?”
E5	“Não. Só os que são oferecidos aqui pela secretaria, os cursos de capacitação, uma palestra, algo do tipo.”
E6	“Normalmente, é janeiro e setembro, eles sempre dão palestras para funcionários, fazem umas dinâmicas, outras coisas, só que não sei, acho que o funcionário está meio cansado, não se interessa...”
E7	“Eles fazem, mas pouco. Acho que precisa melhorar bastante.”
E8	“Na verdade, a gente não tem algo específico, mas teria que ter uma capacitação mais adequada, mais específica, voltada talvez à saúde mental mesmo e o tempo, porque o enfermeiro aqui no município infelizmente é tudo, enfermeiro e gestor, e o enfermeiro é o assistente social e a gente não tem muito tempo para abraçar

	tudo. Então, às vezes, eu estou aqui com vocês, eu já tenho que resolver coisas que estão lá, daí a gente não tem o tempo de estar aqui.”
--	---

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

Nessa categoria, um dos principais destaques é a alta demanda em saúde mental. Diante disso, surge um tensionamento entre as diretrizes de humanização e acolhimento da PNAB (Brasil, 2017) e a realidade operacional das unidades, que, por vezes, torna o cuidado "mecanizado e rápido" (E11), contrariando a escuta qualificada defendida por Amarante (2018). Para contrapor essa lógica e garantir a resolutividade, as profissionais utilizam o vínculo e a territorialização como ferramentas fundamentais: a E8 exemplifica isso ao relatar que isola o paciente em uma sala reservada para garantir privacidade e "individualizar" o atendimento, enquanto a E3 destaca a atuação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) como peças-chave. Essa articulação com as ACS corrobora a perspectiva de Campos e Domitti (2007) de que a proximidade com o território potencializa o rastreamento precoce e a viabilização do acesso antes que ocorra o agravamento dos quadros.

Ademais, o cruzamento dos relatos sobre os desafios cotidianos na APS no município em questão com o referencial teórico revela que a insuficiência de formação supera a mera ausência de atividades educativas, manifestando-se também na superficialidade das ações. Enquanto algumas profissionais associam a capacitação a campanhas esporádicas e palestras incluídas no "janeiro branco" ou no "setembro amarelo" (E1, E2 e E3), outras apontam que falta um instrumental técnico específico para o manejo clínico (E5 e E7).

Além disso, a sobrecarga laboral e o acúmulo de funções emergem como barreiras estruturais que sufocam a execução do cuidado humanizado, conforme sinalizado nos pressupostos. A fala da E8, que se divide entre a assistência, a gestão e o papel de assistente social, ilustra a complexidade da liderança e organização dos serviços atribuída à enfermagem na APS (Starfield, 2002; Peduzzi *et al.*, 2019). Esse desvio de tempo para demandas burocráticas, somado a territórios populosos, impede o profissional de oferecer a atenção devida, forçando pacientes em crise de ansiedade ou com ideação a aguardarem na recepção comum (E2 e E7). Essa realidade de equipes reduzidas e esgotamento evidencia a urgência prática de dispositivos regulatórios recentes, como o Projeto de Lei nº 1.091/2024 e a Resolução COFEN nº

743/2024, que buscam o dimensionamento técnico e a densidade adequada de profissionais por turno para garantir a segurança do paciente e a viabilidade do acompanhamento longitudinal.

Os relatos também expõem a dificuldade na integração e continuidade do cuidado entre a APS e os serviços especializados da RAPS. Embora exista um fluxo ágil de encaminhamento via WhatsApp para casos graves direcionados ao CAPS (E1), a sustentabilidade dessa rede é ameaçada pelo déficit crônico de recursos humanos e pela alta rotatividade de profissionais.

4.2.2 Percepções gerais sobre a saúde mental na APS

As perguntas da segunda categoria buscaram investigar as percepções gerais de cada profissional sobre saúde mental na atenção primária (Quadro 4).

Quadro 4 – 2ª Categoria: Percepção dos enfermeiros sobre a assistência em saúde mental na APS

Participante	Como você classifica a demanda em saúde mental em número de pacientes (muito baixa, baixa, média, alta, muito alta)?
E1	“Gigante [...] Para mim, é assustador! O que a gente tem... Eu vejo problema nos pacientes e eu vejo problema nos trabalhadores. É algo que me preocupa muito, assim. Infelizmente, o profissional de saúde, ele não tem mais saúde. É assustador, mas é real.”
E2	“A gente tem uma demanda alta. Assim... que participam, às vezes, do CAPS, não são tantos, mas, que fazem uso de medicação... eu me baseio, por exemplo, muito no uso das medicações controladas, a gente tem muitos pacientes.”
E3	“Não tem muito, não. Mas, assim, vamos dizer que, numa média, no mês que apareça algum caso, uns cinco.”
E4	“Muita! [...] Eu vou te dizer assim: digamos 300 consultas no mês é feito aqui pelo menos; 30 encaminhamentos têm de saúde mental. Então, eu acho uma incidência muito alta.”
E5	“De forma geral, não é só no município, não é só na unidade aqui, é uma demanda absurda, que está crescendo demais e não está

	conseguindo acompanhar. Acaba que as pessoas não conseguem acompanhar, porque precisaria muito mais funcionários.”.
E7	“É uma demanda muito grande.”
Participante	Quais os maiores transtornos em saúde mental encontrados no cotidiano da unidade?
E1	“A ansiedade [...] Eu vejo também muita criança com autismo, mas a questão da ansiedade é algo que me preocupa muito.”
E2	“Depressivo [...] de crise de ansiedade [também]. A gente tem muitos pacientes.”
E3	“A ansiedade.”
E5	“Então, para mim, diretamente, é quando tem alguma ideação, alguma situação assim mais... que, quando não é isso, é depressão ou do tipo, eles já agendam consulta e acabam ficando no médico, ali acaba que ele já resolvendo. A não ser que, passou pelo médico, o médico deu tratamento, não resolveu, aí elas acabam vindo para mim, a gente, né... Mas, no geral, para mim chega mais essas situações assim de estar com ideação, estar com depressão profunda ou é uma questão familiar, querendo ou não, afeta a questão mental ali, a saúde mental. Depois que a gente teve umas situações de uma paciente, que teve umas questões familiares ali, que estavam afetando a saúde mental, a gente teve que resolver para tentar melhorar um pouquinho, né? Mas, senão, acaba ficando tudo ali de médico: o médico inicia o tratamento, acompanha, vai para o psicólogo, vai para o psiquiatra.”
E6	“[Tem] demanda bastante de relacionamento, as pessoas mais novas: ‘ah, porque terminou com fulano, ah, porque...’ sabe? Está sofrendo aquela demanda... e trabalho também, tem bastante de trabalho. Mais ou menos assim, não tem um relatório que tire quais as... é difícil. A gente não...a gente só atende o paciente ali, já

	encaminha o quanto antes para já dar uma resposta mais rápida, né?! Mas, normalmente, quando é mais novo, é relacionamento, e quando é mais velho, normalmente, é trabalho, família, essas coisas, a correria, mulher, a correria do serviço, dar conta dos filhos.”
E7	“Mais coisas familiares. Tem alguns casos, aqui tem bastante também por excesso de trabalho, empresa, aqui bastante depressivo, mas a maioria é questão familiar mesmo.”
Participante	Você considera que a atenção primária esta preparada para atender as demandas de saúde mental?
E1	“Assim, eu acredito que sim, que estamos preparados, mas para mim o problema crônico ali é a questão CAPS, que CAPS já são pacientes mais graves, né? Mas tem... existe fluxo, a gente tem palestra, orientação, a gente tem um contato bem aberto com a coordenação de saúde mental também, então tem acesso fácil.”
E2	“Não, porque... não que a gente não esteja preparado, a gente tem essas capacitações, a gente tem que estar preparado, mas é uma demanda muito especial, a gente precisaria ter muito mais atenção. E aí, no dia a dia... para vocês verem, eu estou eu e a outra técnica. Eu estou com uma técnica de férias, não tem uma técnica... não foi feita uma reposição da técnica, a técnica que está vindo é vacinadora, então, se tem vacina, eu fico sozinha na recepção. Se chega um paciente, às vezes, para um acolhimento, para uma demanda dessa eu não consigo dar tanta atenção, eu vou fazer a triagem e vou encaminhar para a médica.”
E3	“Sim, [são] bem capacitadas”
E5	“Olha, sinceramente, eu creio que não, tá?! Eu creio que não, devido à correria [...] eu acho que [seria necessário] mais um treinamento. A própria... treinamento para gente mesmo. Primeiro, uma capacitação [...] porque a gente está aqui todo dia, é um monte de problema, a

	gente acaba... às vezes, pela correria, tu não dás atenção... a gente quer, mas, às vezes, pelo tempo, não consegue. Como eu falei para vocês, situações mais aleatórias, quando a gente vê que é um caso, a gente até chama, conversa, mas, às vezes, a correria... começa a atender e já não dá aquela atenção devida. Mas acho que deveria ter mais capacitações para gente [...] Porque, tipo assim, não é tanto a minha realidade, mas, por exemplo, chega uma paciente que começa a chorar sem parar, pelo que a gente conhece a gente até consegue dá um, né... mas tem pacientes novos, que a gente não sabe o contexto familiar, e aí como é que tu vai lidar? Então, eu acho que deveria ter primeiro para gente para depois a gente se sentir seguro para abordar esses pacientes, principalmente em casos de surto, às vezes, mais...”
E6	“A equipe técnica? [...] Acredito que sim [..., mas] a gente não consegue parar e fazer tudo que a gente precisa fazer com tudo que a gente tem para fazer, sabe?”
E7	“Não estão preparados [...] Eu acho que, primeiramente, deveria ter uma capacitação com médicos e enfermeiros para eles ficarem mais atentos na saúde mental. Porque tem médicos que eles não sabem como agir naquele momento ali, eles não sabem nem qual a medicação inicial para aquele tratamento. Então, fica meio... como é que eu vou falar... meia enrolada a coisa e o paciente fica naquele pingue-pongue, vai para lá, mandam para cá.”

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

Na segunda categoria, os relatos das enfermeiras confirmam empiricamente o papel da APS como a porta de entrada preferencial do SUS (Brasil, 2017), evidenciando que o serviço absorve as mais diversas complexidades e angústias do território. Esse fluxo contínuo e expressivo, ilustrado pela estimativa de que cerca de 10% dos atendimentos mensais são direcionados à saúde mental (E4), reforça a severa sobrecarga de trabalho, validando um dos pressupostos deste estudo.

Além disso, os relatos revelam uma importante disparidade na percepção do volume de demandas, variando desde a subestimação dos casos (E3) até a

centralização do olhar no uso de psicotrópicos (E2). A ancoragem da percepção clínica no volume de receitas de controle especial acende o alerta trazido por Amarante (2018) sobre o risco de medicalização do sofrimento social, em que angústias cotidianas acabam sendo patologizadas. Simultaneamente, a percepção de que a demanda é baixa ratifica o pressuposto de insuficiência de formação específica, demonstrando, em acordo com Campos e Domitti (2007), que a escassez de capacitação permanente pode invisibilizar as manifestações discretas de sofrimento psíquico, o que faz com que a equipe só reconheça a demanda quando ela se manifesta de forma explícita ou grave.

Ressalta-se o depoimento contundente da E7 sobre a insegurança médica na conduta inicial e na prescrição de psicotrópicos, que gera um "pingue-pongue" do paciente na rede, valida o pressuposto de insuficiência de formação e fragilidade de protocolos. Esse cenário de desamparo técnico corrobora as lacunas apontadas por Dias, Almeida e Rocha (2024) sobre o despreparo para intervir em momentos de crise e reforça a tese de Campos e Domitti (2007) de que a falta de educação permanente compromete a resolutividade na ponta, fragilizando o acolhimento qualificado.

4.2.3 Desafios enfrentados e estratégias de enfrentamento utilizadas

A terceira categoria, que buscou evidenciar os principais desafios enfrentados e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes no cotidiano da APS, conforme exposto nos pressupostos deste estudo, recebeu as seguintes observações (Quadro 5).

Quadro 5 – 3ª Categoria: Estratégias utilizadas para romper barreiras e promover o cuidado humanizado com as RAPS

Participante	De que forma ocorre o acompanhamento dos usuários com transtornos mentais na unidade?
E1	“Uma forma é a questão de prontuário, que daí mesmo o paciente que está no CAPS ou no ambulatório, a gente tem acesso, então a gente consegue ver como que está o acompanhamento desse paciente. Mas existe essa conversa em rede mesmo. Às vezes, o CAPS entra em contato: “ó, estou com fulano de tal, ele teve alta, a gente precisa que vocês deem continuidade por aí”. Vem contrarreferência também para gente poder estar inserindo no SISREG. Então, eu acredito que sim, que a gente tenha

	conhecimento disso. Quando é algo mais grave, que vai para hospital também, o hospital faz contato com a gente.”
E2	“Sim. Ah, a gente tem psicológico aqui atendendo também agora toda segunda-feira. Então, assim, alguns pacientes que fazem o acolhimento, a gente passa pela médica e acaba ficando por aqui. Porque o que que acontece? Para gente encaminhar para o CAPS, eles precisam ter ou ideação ou tentativa, caso mais graves. E aí, o que que acontece? A gente... o CAPS, a gente não tem... teria que ter a porta aberta para esse tipo de atendimento, só que a gente não consegue. Então, às vezes, o paciente vem com ideação, passa pela médica, é acolhido, a gente vai marcar o acolhimento dele no CAPS e ele é atendido na próxima semana, que vai ter vaga. Então, isso já não seria uma porta aberta, né?”
E5	“Quando surge para mim, a gente geralmente faz o contato via WhatsApp ali. Agora, o retorno após a referência não tem [...] não tenho [o acompanhamento] após a referência, a não ser que seja uma coisa muito mais... agora, no momento, não me lembro de algum retorno que eu fiz... algum agendamento que eu fiz que eu tive retorno, entendeu? Tenho pelas minhas [incerto, baixa qualidade de áudio, algo como ‘decisões’], eu pergunto: ‘como é que está o paciente? Foi lá, não foi? Como é que está?’ Mas assim, do local, aí eu não me lembro agora.”
E6	“.... tem o encaminhamento psicológico daí. A gente faz o encaminhamento, porque a gente não tem treinamento para atender uma saúde mental. A nossa faculdade não treina a gente para... quem treina é o psicólogo, então a gente não está... como é que eu vou dizer assim... por exemplo, eu não sou psicóloga para fazer esses encaminhamentos para tratar as pessoas. O que que é o meu papel, o que que é nosso papel? É acolher e encaminhar, não é fazer o tratamento com eles. Vai tratar com o devido, com psicólogo, com

	psiquiatra, com quem ele tenha o que ele precise, mas é acolher e encaminhar.”
E7	“Sim, consigo [acompanhar] porque tem sistemas. A gente sempre dá uma olhadinha ali se foi atendido, como foi, se vai retornar para gente, até faz essa busca ativa.”
Participante	Para você, o vínculo entre profissional e paciente no tratamento em saúde mental, é importante?
E1	“O paciente, ele tem que ter confiança, né? Então assim, quando ele cria um vínculo com a equipe, é diferente. Hoje... os meus pacientes, por exemplo, eu estou aqui há quatro anos e meio, eu conheço todos. Assim, é difícil, não conheço quando é morador novo. Mas o fato de eles me conhecerem, eles têm um acesso mais fácil para chegar, por exemplo, sentar na minha frente e dizer que não está bem, que está pensando em algo ruim [...] A gente teve uma rotatividade, eu considero grande, de psiquiatra. E isso é ruim, porque o paciente chegava para mim: ‘ah, agora eu já tava acostumada com aquele médico, e daí trocou, daí agora eu tenho que explicar tudo de novo, eu não conheço o profissional...’ Então, eu vejo que isso é um problema.”
E2	“Não, acho que não [...] Ele pode ter melhor acolhimento se ele estiver na unidade. Acho que essa questão de aderir tratamento vai muito de paciente para paciente.”
E3	“É que, assim, quando o paciente está com esse problema mental, até ele buscar ajuda, ele vai escondendo, né? Até chegar no ponto que ele não aguenta mais e aí ele vem... ou ele vem com alguém, que traz, que daí o familiar vê que não está numa situação legal; ou, senão, ele tenta o suicídio, aí ele vai para o hospital, aí do hospital já encaminha para nós; ou a gente, às vezes, vê que... ah, está mais quietinho, daí está mais cabisbaixo, vai observando, vai vendo.

	Conforme vai passando tempo, a gente vai conhecendo os pacientes, né?”
E6	“É, teve uma paciente ainda que a gente direcionou para outros, para uma psiquiatra, ela não gostou, ela se sentiu maltratada pela psiquiatra. Por isso que eu digo: ele já tava acostumado, aí quebrou aquele vínculo com aquele... aí agora até ela começar de novo com outro e se sentir à vontade...”
E7	“Fortalece [...] Tem alguns pacientes que eu consigo ter esse vínculo e eu sempre peço para vir no horáriozinho que eu consigo dar aquela atençãozinha, mas acaba tendo gente que vem aqui, conversa, me abraça e chora. Mas é bem raro, porque...”
E8	“Não, na verdade, eu acho pior. Eu sinto que o paciente às vezes não se abre contigo porque ele acha que vai voltar que outro dia na unidade... meio que ‘a enfermeira sabe do meu caso’. Ele fica com vergonha, constrangido. Eu acho ruim, tanto que a maioria dos meus pacientes não se abre para mim nem para o médico, só se eles tiverem realmente já no ‘fundo do poço’ eles pedem ajuda.”
Participante	Como você avalia a situação da saúde mental do profissional de saúde hoje?
E1	“Infelizmente, eu digo: hoje, o profissional de saúde não tem mais saúde [...] Eu acredito que há sobrecarga, as demandas altíssimas e aí a gente... porque as pessoas têm uma cultura errônea de achar que posto de saúde é muito tranquilo, mas não é. Porque tudo chega aqui, a gente é porta de entrada. Tudo chega. Então, eu acredito que, primeiro, trabalhar com pessoas não é fácil. Hoje as pessoas são... eu acho que devido já aos problemas de saúde mental, as pessoas não têm paciência com nada. Então, a alta demanda, o trabalhar com pessoas, é algo que é bastante desgastante. Hoje, por exemplo, eu estou com uma técnica afastada, que teve até internação e ideação suicida [...] foi um baque para gente, porque tu vê isso diariamente,

	mas tu ver um colega... é bem difícil [...] Ela tinha o problema dela de ansiedade, igual eu tenho, igual minha colega tem. E daí do dia para noite ela falou para mim que ela não queria mais viver, tinha desistido de tudo, e ela chegou falando para mim e para doutora como ela ia executar.”.
E2	“ [O maior problema] É a sobrecarga de trabalho. A equipe reduzida, aí tu tens que dar conta, aí tu tens que fazer, a gente é cobrada e a gente tem que cobrar. E aí, às vezes, tu vai cobrar do outro profissional um serviço que, às vezes, tu não está tendo suporte, então... sabe... é a sobrecarga mesmo.”.
E3	“Do profissional? (Risos). Não, eu sou tranquila. Eu não levo para casa. O que acontece aqui fica aqui e vou para casa tranquila [...] [Da equipe] também. Acho que sim. Elas são bem tranquilas. Atende, o que o paciente diz fica aqui, vai para casa e não leva nenhuma dor para casa, não. A gente é tranquila aqui.”
E5	“Então, é isso que eu estou dizendo: tem que ter capacitação para gente ter um momento de... porque só... é muita carga, né?! [...] [quanto a esse apoio,] eu acho que deveria melhorar um pouco isso também...”
E6	“Então, eu, em relação a isso, sou bem tranquila. Graças a Deus, não precisa tomar nenhum remédio, como a gente vê que tem vários colegas aí que precisam para poder... Mas eu acho assim: a gente tem que trabalhar com o que a gente tem... claro que a gente queria muito mais, mas eu não vou ficar reclamando, porque não vai me adiantar em nada reclamar.”
E7	“Todo mundo esgotado. Eu já pedi férias, tem dia que eu faço um <i>choredo</i> aqui. Eu tenho um pouco de pânico também, tem uns pacientes que, às vezes, vêm... meio que ameaça, bloqueia essa porta e eu não tenho mais porta para sair, eu só tenho uma porta. Aí eu entro em desespero, faço um <i>choredo</i> , faço sair.”

Participante	Existe consciência dos pacientes em relação à própria saúde mental? Você nota resistência deles e/ou de familiares ao tratamento?
E1	Sobre a consciência: “O paciente procura bastante... Esse que eu pedi para elas <i>passar</i> agora ali, não sei se vocês observaram, é um paciente usuário, que está querendo parar. Ele mesmo chegou até a gente. Então, daí isso para mim é prioridade, eu já passei ele para doutora para ela encaminhar para o CAPS AD, porque tem que aproveitar quando ele quer.” Sobre a resistência: “Eu penso que são pontuais aqueles casos em que o paciente ou o familiar têm resistência, são bem pontuais. A maioria adere o tratamento, segue, faz acompanhamento sem muita resistência, mas tem aqueles casos pontuais que sim, que tem resistência, tanto do paciente quanto da família [...] uma negação, um certo preconceito. A questão medicamentosa, às vezes, que pega também, de o paciente começar a ter bastante efeito colateral no início e, daí gerar uma resistência em seguir o tratamento. Alguns... porque, assim, hoje a gente tem... o município, ele tem... disponibiliza muitos medicamentos, principalmente o paciente do CAPS, ele recebe quase todos os remédios. Então, eu acho que é mais cultural mesmo, de o paciente tem uma aceitação de que ele está doente, que ele precisa tratar e que precisa ser feito um tratamento longo, às vezes, e contínuo.”
E2	“O que eu vejo muito que acontece aqui, que às vezes eu chamo o paciente para conversar... quando ele vem aqui, eu que chamo, né... é que o paciente, às vezes, ele está... ah, tem um paciente que já toma medicação há muito tempo, ele não vai parar. Um paciente que já acompanhou no CAPS, por exemplo, dificilmente ele vai parar a medicação. Mas alguns pacientes que vem: ‘ah, estou iniciando uma

	crise de ansiedade, estou iniciando a ter sintomas de ansiedade’, vamos da ansiedade que é mais leve, né... Ah, a médica inicia lá uma fluoxetina, ele vai tomar um tempo, aí ele acha que ‘ah, melhorei, eu não preciso tomar mais’, aí ele para [...] É igual à hipertensão. Aí ele volta com crise de ansiedade: ‘ah, medicação eu não tomei mais porque eu tava bem’. Eu disse: ‘tu tava bem porque tu tava tomando a medicação. A partir do momento que tu para...’ E aí, uma coisa que eu vejo aqui, dos nossos pacientes, quase que 90% dos nossos pacientes aqui... a gente trabalha numa área muito vulnerável, o bairro em si tem uma grande parte dos pacientes nessa situação muito delicada, sabe? Então, eles acham que só a medicação vai resolver, eles não fazem uma atividade física, eles não fazem nenhum outro tipo de atividade de lazer. Então, a gente sabe que o remédio, às vezes, em algum momento, ele não vai suprir, né? Tem que ter outras coisas. A saúde mental não é só medicação [...] tem. Alguns já vêm com fala de que sabe que precisa tomar medicação, de que sabe que outros não querem acreditar, né... ‘Ah, mas será que não é outra coisa?’ Mas aí eles fazem a medicação, aí volta, inicia novamente [...] é difícil a continuidade.”
E3	“Não, do familiar, não. Da pessoa em si, às vezes, vai ter.”
E7	“[Se resistem] ao tratamento? É ‘faz o que quer’. Tipo assim, a maioria inicia uma medicação e já estão mudando porque não se adaptaram.”

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

Na última categoria, uma das alegações mais importantes é sobre a pressão cotidiana, que não apenas desgasta a equipe no atendimento direto, mas também reverbera na saúde mental dos próprios trabalhadores, como revela o relato sobre o afastamento de uma técnica por ideação suicida (E1). Esse cenário crítico dialoga diretamente com as lacunas apontadas por Dias, Almeida e Rocha (2024) sobre o impacto do comportamento suicida no cotidiano laboral e a urgência de suporte institucional e dimensionamento adequado de pessoal.

A análise das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas enfermeiras evidencia que a abrangência do cuidado e o estabelecimento de vínculos afetivos e terapêuticos operam como as principais ferramentas para superar as barreiras do sistema. A vivência da E1, fixada no território há mais de quatro anos, ilustra como a continuidade do profissional na comunidade transforma o tempo em segurança clínica. Essa proximidade reduz as barreiras de acesso, permitindo que os usuários verbalizem demandas complexas de forma espontânea, inclusive a ideação suicida, o que corrobora a defesa de Starfield (2002) e Campos e Domitti (2007) sobre a potência do atributo da longitudinalidade. Para operacionalizar essa escuta qualificada sem o sufocamento da rotina, a E7 adota a estratégia de agendar esses pacientes em horários alternativos e mais calmos, o que garante a privacidade necessária para o choro e o desabafo, em acordo com as práticas humanizadas propostas por Amarante (2018).

Por outro lado, algo relevante emerge no contraponto trazido pela E8, que percebe o vínculo comunitário como um obstáculo, e não como facilitação. O relato de que os usuários omitem o sofrimento por vergonha e constrangimento de reencontrar o profissional no cotidiano da unidade confirma o pressuposto deste estudo sobre a manutenção de estigmas sociais e institucionais. Essa barreira cultural faz com que o sofrimento seja privatizado e camuflado, retardando a busca por suporte técnico até que o sujeito atinja o "fundo do poço" (E8). Esse comportamento de ocultação do mal-estar também é sinalizado pela E3, evidenciando que, muitas vezes, a APS só toma conhecimento do agravo após uma tentativa de suicídio que culmina em internação hospitalar. Esse fluxo tardio e reativo expõe as fragilidades na detecção precoce apontadas por Dias, Almeida e Rocha (2024), mas também reforça que a percepção clínica da enfermagem depende da observação longitudinal de sutilezas comportamentais (como o paciente estar "mais quietinho" ou "cabisbaixo") para capturar o sofrimento antes do desfecho crítico (Campos; Domitti, 2007).

Ademais, a influência desse vínculo reverbera diretamente na adesão ou abandono do tratamento, conforme discutido pela E2. Ao contrastar a estabilidade dos pacientes graves vinculados ao CAPS com a alta taxa de abandono dos usuários da APS que iniciam a terapia medicamentosa para quadros leves de ansiedade, a profissional expõe a vulnerabilidade do cuidado descontinuado. O hábito do paciente de interromper o uso de psicotrópicos (como a fluoxetina) por conta própria ao notar as primeiras melhoras acentua a necessidade de intervenções que ultrapassem o

modelo puramente prescritivo e biomédico. Conforme observa Amarante (2018), a atuação da enfermagem nesses cenários exige o fortalecimento de estratégias não farmacológicas, como grupos terapêuticos e monitoramento contínuo, que são fundamentais para ressignificar o sofrimento e evitar a medicalização crônica e desordenada no território.

4.2.4 Sugestões e perspectivas

Para finalizar, as participantes foram questionadas sobre suas perspectivas e possíveis sugestões quanto a esta pesquisa (Quadro 6).

Quadro 6 – Sugestões de melhoria na perspectiva das entrevistadas

Participante	Você tem alguma sugestão ou algo que considera importante acrescentar a este estudo?
E3	“Não, eu acho que foi uma abordagem bem legal, mas algo que talvez para vocês levar para vida de vocês, enfermeiras, é que a gente aprende muito a ser assistencial. Mas quando tu cai dentro de saúde pública, uma unidade básica, tu vai trabalhar muito o acolhimento, e a porta de entrada somos nós. O enfermeiro hoje é o norte da unidade. Então assim, existe uma sobrecarga bem grande em relação a isso e que a gente não vem preparado para isso, sabe? Ali eu acho que já começa... para gente, enquanto profissional, a questão mental ali já sobrecarrega.”
E5	“Não [...] acho que abordou [tudo] sim. São perguntas bem objetivas.”
E6	“Eu acho que conseguiram [abordar bem o tema]. Falaram da saúde mental dos funcionários... Ai, gente, eu estou assim ó... todo mundo reclama demais, reclama demais. Sabe?”
E8	“É que, na verdade, precisa... O profissional tem que saber atender a outra pessoa bem, a mesma coisa que tu colocar um cuidador domiciliar. É a mesma coisa: ele tem que estar bem para cuidar do paciente, senão não vai dar certo. E aí, às vezes, aqui tu... vamos dizer, talvez por medo, tu vais só recebendo e aí vai chegar o

	profissional que, um momento, não aguenta mais. Então, muitos pacientes... Muitos funcionários [dizem]: 'aí, eu não quero ir para uma psicóloga, porque senão vou pegar atestado, porque senão aí depois se o médico me afastar... aí como é que vai ficar o meu trabalho? Podem me demitir'. Entendeu? Existe uma pressão assim."
E9	"Não, acho que é isso, e estimular os profissionais para essa área, porque é uma área que, pelo menos na minha turma, acho que se foi uma para área da saúde mental foi muito. Eu acho que, de repente, melhorar um pouquinho, não sei como, através... não sei... mais carga horária estimulando a performance na saúde mental... porque é difícil uma enfermeira que migra para essa área."
E10	"Acho que o que deveria ser melhor trabalhado, talvez, na saúde no todo, é em relação ao álcool; álcool e drogas. É o que tem aparecido bastante e talvez a gente não consiga ter um direcionamento certo, porque tem o AD, o álcool e drogas, mas parece que fica mais escondidinho."
E12	"Não. Eu acho que está bem certinho, bem organizado."

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

As sugestões apontadas pelas participantes evidenciam a necessidade urgente de uma reformulação da formação profissional e do suporte institucional para qualificar a gestão e a organização do cuidado. E3 e E9 convergem ao expor um descompasso estrutural entre o modelo de ensino acadêmico, predominantemente focado na assistência clínica tradicional e procedimental, e a realidade da saúde pública, que exige competências complexas de acolhimento e liderança. Ao definir o enfermeiro como o "norte da unidade", E3 ilustra a centralidade desse profissional na coordenação do cuidado e na gestão das equipes na APS, atribuição discutida por Starfield (2002) e Peduzzi *et al.* (2019). No entanto, o fato de assumirem essa liderança sem o devido preparo psicossocial gera um desgaste precoce na própria saúde mental do trabalhador. Esse cenário valida a perspectiva da E9 sobre a necessidade de ampliar a carga horária e o estímulo à saúde mental desde a

graduação, preenchendo as lacunas formativas apontadas por Dias, Almeida e Rocha (2024) e fortalecendo a educação permanente defendida por Campos e Domitti (2007).

Além das barreiras formativas, as perspectivas das profissionais revelam nós críticos nos fluxos de encaminhamento para demandas específicas (E8), que afetam diretamente a articulação com a RAPS. O relato da E10 sobre a Linha de Cuidado em Álcool e Drogas aponta que, embora essa demanda seja crescente no território, ela permanece negligenciada ou "escondida" na rede municipal. Esse dado revela uma contradição operacional importante: apesar do município dispor de um ambulatório específico de Álcool e Drogas anexo ao CAPS, na percepção da ponta, esse serviço falha em se fazer visível e acessível. Essa barreira no direcionamento dos fluxos rompe com as diretrizes de integração regional e acesso ordenado preconizadas pelo Decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011a), confirmando o diagnóstico de Mendes (2019) de que a mera existência de serviços especializados não garante a continuidade do cuidado se os mecanismos de comunicação e matriciamento com a APS estiverem fragilizados.

Por fim, é interessante notar que, mesmo sendo essa uma questão sobre possíveis sugestões para a pesquisa, fica nítida a sobrecarga de algumas das profissionais, que usam sua última resposta quase como um pedido de ajuda, não apenas focando em como o estudo pode melhorar a abordagem do tema, mas também reafirmando suas dificuldades cotidianas na APS em tom de desabafo. Isso reforça a urgência de mudanças no sistema de acolhimento em saúde mental na atenção primária, tanto para melhor atender os pacientes quanto para aliviar a enorme carga que os profissionais da área ainda precisam carregar, a qual os torna sujeitos aos mesmos problemas que eles deveriam combater.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos relatos das enfermeiras entrevistadas, conclui-se que a saúde mental se consolidou como uma demanda expressiva e inevitável na APS, que funciona como a principal porta de entrada para o sofrimento psíquico na comunidade. As participantes evidenciam uma severa sobrecarga de trabalho gerada pelo acúmulo de funções administrativas e assistenciais, o que limita o tempo disponível para os atendimentos e acaba tornando o cuidado rápido e mecânico e compromete a escuta qualificada. Esse desgaste cotidiano repercute diretamente na saúde das próprias equipes, resultando em relatos frequentes de adoecimento e afastamento de profissionais por sofrimento psíquico grave.

Sob a ótica das profissionais, as ações de educação oferecidas pela gestão municipal são insuficientes, restringindo-se a palestras ligadas a campanhas esporádicas, sem formações contínuas e aprofundadas que preparem tecnicamente a enfermagem para lidar com casos complexos, como o comportamento suicida. Diante disso, elas percebem uma tendência à medicalização do sofrimento psicossocial, fortemente ligada ao alto volume de medicações receitadas. Como forma de enfrentamento, as enfermeiras recorrem a estratégias locais e articuladas no próprio território, utilizando salas privativas para garantir o acolhimento individualizado e apoiando-se no vínculo com as ACS para o rastreamento dos usuários.

Diante desse cenário, percebe-se um evidente descompasso entre as diretrizes das políticas públicas de humanização e as condições reais de trabalho na ESF, demonstrando que, na ausência de protocolos definidos, a assistência em saúde mental acaba dependendo, acima de tudo, do compromisso ético e da intuição clínica de cada profissional. Durante a realização deste estudo qualitativo, as principais dificuldades encontradas centraram-se na conciliação de agendas para a aplicação das entrevistas semiestruturadas, visto que a intensa rotina assistencial das enfermeiras exigiu extrema flexibilidade de cronograma, alguns reagendamentos e a redução na duração das entrevistas, além do desafio imposto pela escassez de dados institucionais consolidados e fluxogramas formais sobre a saúde mental no município.

Como desdobramento e sugestão para estudos futuros voltados a este público, mostra-se de extrema relevância investigar de forma aprofundada a prevalência de sofrimento psíquico e Síndrome de Burnout entre os próprios trabalhadores da atenção básica, dado o preocupante índice de afastamentos relatado. Sugere-se

também pesquisar o fenômeno da medicalização a partir da perspectiva dos usuários do sistema, avaliar a efetividade real do matriciamento e dos fluxos de comunicação entre a atenção primária e os CAPS, e mensurar o impacto prático de programas de longa duração em educação permanente voltados especificamente para o manejo de crises psíquicas no território.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. V. *et al.* Uma revisão narrativa do apoio matricial em saúde mental entre as equipes CAPS-ESF no cenário brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434008pt>. Acesso em: 14 jun. 2026.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://taymarillack.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2026.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://taymarillack.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2026.

BEZERRA, R. K. C. *et al.* A territorialização como processo de transformação: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 42, p. e2704, 28 fev. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 02 mar. 2026.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental na Atenção Primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 08 mar. 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 1.091, de 2024**. Dispõe sobre o dimensionamento técnico do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços de saúde. Brasília, DF, 2024b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2409457. Acesso em: 15 nov. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 08 mar. 2026.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. 1990a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=733830. Acesso em: 01 out. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 02 mar. 2026.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República,. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária à Saúde**: Manual Técnico. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 08 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sktes/pneps>. Acesso em: 08 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 4 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.840, de 29 de Dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html. Acesso em: 08 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_Integral_gestao_tcu_MS_2023.pdf. Acesso em: 08 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 08 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_4ed.pdf. Acesso em: 4 mar. 2026.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 08 mar. 2026.

CHAVES, A. S. C.; JESUS, L. M. S.; ROSA, C. M.; GARCIA, L. G. Recorte temporal dos desafios para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil: revisão sistemática. **Mental**, v. 14, n. 26, p. 1-15, jul./dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v14n26.0003>. Acesso em: 14 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN n. 743, de 12 de março de 2024**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-743-de-12-de-marco-de-2024/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

DIAS, E. G.; ALMEIDA, S. S.; ROCHA, M. O.; CAMPOS, L. M.; CALDEIRA, M. B. Conhecimento do profissional de enfermagem da Atenção Primária à Saúde acerca do comportamento suicida. **Espaço para a Saúde**, v. 25, 2024. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/994>. Acesso em: 15 nov. 2025.

GIACOMINI, C. H.; RIZZOTTO, M. L. F. Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: desafios para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 101-114, 2022.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em: <https://cursos.matogrossodosul.fiocruz.br/mod/ppuunasus/webview.php/mod/ppuunasus/369/assets/pdf/un1/DESAFIOS-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2026.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/584246427/Livro-O-DESAFIO-DO-CONHECIMENTO-ATUALIZADO-Minayo-2014>. Acesso em: 08 mar. 2026.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e113, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e113/pt>. Acesso em: 08 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Primary Health Care: Now More Than Ever**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf. Acesso em: 08 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde Mental**: transformando a saúde mental para todos. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 08 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All**. Geneva: WHO, 2022.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 08 mar. 2026.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e190083, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2026.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200658>. Acesso em: 14 jun. 2026.

SILVA, A. P.; OLIVEIRA, J. C. Desafios da enfermagem na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para o fortalecimento do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 10-18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0025>. Acesso em: 14 jun. 2026.

SILVA, B. M. *et al.* Apoio matricial e manutenção do vínculo com a atenção primária entre usuários de serviços especializados de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2025.v49n144/e9738/>. Acesso em: 14 jun. 2026.

SILVA, W. G. R.; SOUZA, E. F. S.; LOPES, G. P.; LOPES, D. A.; SILVA, T. Y. F.; RAMOS, L. P. L. Desafios e possibilidades da atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde diante das demandas em saúde mental: revisão integrativa. **Revista Tópicos em Ciências da Saúde**, 2026. DOI: 10.70773/revistatopicos/779337361.

SOUZA, K. G. de L. *et al.* Saúde mental e atenção primária: percepção dos profissionais de saúde. **Revista Foco**, v. 18, n. 3, 2025. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8046>. Acesso em: 14 jun. 2026.

SOUZA, M. C. RODRIGUES, P. H.; LIMA, A. L. Desafios da integração entre Atenção Primária e Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 13, n. 2, p. 45-60, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 08 mar. 2026.

VERAS, C. N. S. S. *et al.* Atuação do enfermeiro frente ao matriciamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 12, n. 6, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v12i6.27715>. Acesso em: 14 jun. 2026.

VIEIRA, M. J. A. *et al.* SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS. **LUMEN ET VIRTUS**, v. 16, n. 52, p. e8438, 26 set. 2025.

ZORZI, V. N. *et al.* Promoção de Saúde Mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/frwSGcmjy4WQQNSSfShMytb/>. Acesso em: 14 jun. 2026.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

As autoras informam que utilizaram ferramentas de inteligência artificial generativa (NotebookLM, Claude e Google Gemini) exclusivamente para apoio na organização estrutural e aprimoramento linguístico do texto. Todo o conteúdo foi revisado criticamente e validado pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo material apresentado.

ANEXO I



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E SUPORTE ASSISTENCIAL.

Objetivo: Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) de um município do Sul Catarinense sobre a organização do cuidado e a execução da assistência em saúde mental no território.

Período da coleta de dados: de 01/04/2026 a 30/04/2026.

Local da coleta: Unidades básicas de saúde do município.

Pesquisador/Orientador: Profa. Me. Carine Cardoso	Telefones: Carine - (48) 99665-4047
Pesquisador/Acadêmico: Aline Rodrigues Teixeira e Tamy Gasen Oleques Souza	Aline - (48) 99159-9881 Tamy - (48) 99206-2804
9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC	

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados com base em dados de gravação de voz, e entrevistas semiestruturadas realizadas no local informado a cima. Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;

- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador, Aline Rodrigues Teixeira, Tamy Gasen Oleques Souza e Carine Cardoso, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)  Documento assinado digitalmente CARINE DOS SANTOS CARDOSO Data: 09/03/2026 06:36:50-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	Pesquisador(a)  Documento assinado digitalmente ALINE RODRIGUES TEIXEIRA Data: 08/03/2026 20:35:47-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
Assinatura Nome Carine Cardoso CPF: 006.980.549-03	Assinatura Nome: Aline Rodrigues Teixeira CPF:
	Pesquisador(a)  Documento assinado digitalmente TAMY GASEN OLEQUES SOUZA Data: 07/03/2026 21:42:35-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
	Assinatura Nome: Tamy Gasen Oleques Souza CPF: 031.354.590 - 12

Criciúma (SC), 07 de março de 2026.

ANEXO II



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E SUPORTE ASSISTENCIAL.

Objetivo: Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) de um município do Sul Catarinense sobre a organização do cuidado e a execução da assistência em saúde mental no território.

Período da coleta de dados: 01/04/2026 a 30/04/2026

Tempo estimado para cada coleta: De 35 a 45 minutos.

Local da coleta: Unidades de Saúde do município.

Pesquisador/Orientador: **Profa. Me.Carine Cardoso**

Telefones:

Carine: (48) 99665-4047

Aline: (48) 99159-9881

Tamy: (48) 99206-2804

Pesquisador/Acadêmico: **Aline Rodrigues Teixeira e Tamy Gasen Oleques Souza**

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e a ceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e

hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

O Profissional Enfermeiro será convidado a participar de uma entrevista individual, com duração aproximada de 35 a 45 minutos, em data e horário previamente agendados. A entrevista será realizada em local reservado, garantindo privacidade e conforto, dentro do próprio local de trabalho. Com autorização do participante, a entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição e análise. Durante a entrevista, poderão ser feitas perguntas sobre a experiência profissional do participante na área de saúde mental, experiências, vivências e perspectivas na área. Não há respostas certas ou erradas, e o participante poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que cause desconforto. O roteiro das perguntas será conduzido pelas pesquisadoras de forma semiestruturada. Em conformidade com o Item IV.3.a da Resolução CNS nº 466/2012, informo que o estudo apresenta risco mínimo, podendo ocorrer eventual desconforto emocional ao relatar experiências profissionais ou receio de identificação. Nenhuma informação pessoal ou institucional será divulgada. Os áudios e transcrições serão guardados em arquivo digital protegido por senha e acessados somente pelos pesquisadores, sendo destruídos após a conclusão da pesquisa. O participante poderá interromper a entrevista a qualquer momento ou desistir de sua participação sem qualquer prejuízo. Não haverá qualquer tipo de

custo ou remuneração pela participação no estudo.

RISCOS

Possíveis riscos: Desconforto emocional: Durante as entrevistas, os participantes podem sentir-se desconfortáveis ao falar sobre as experiências profissionais ou estressantes da prática em saúde mental. Risco de constrangimento ou julgamento: Ao discutir práticas profissionais, o participante pode sentir-se avaliado ou temer repercussões caso suas falas sejam reconhecidas. Exposição de identidade (risco de quebra de sigilo): Existe o risco de que opiniões, relatos ou críticas possam revelar direta ou indiretamente, a identidade dos participante ou do local de trabalho.

Medidas que serão adotadas para minimização dos riscos: Uso de codinomes: cada participante será identificado apenas por codinomes (ex: E1, E2, E3...), garantindo o anonimato. Nenhum nome, setor ou instituição será mencionado no texto final da pesquisa. Sigilo e confidencialidade: As entrevistas serão armazenadas em arquivo protegido por senha, acessíveis apenas aos pesquisadores. Os áudios serão excluídos após a análise. Local reservado e seguro: As entrevistas serão realizadas em local privativo, preservando a segurança e o conforto do participante. Direito a desistência: Os participantes podem interromper a entrevista ou retirar sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Perguntas abertas e não invasivas: O roteiro das entrevistas será elaborado de maneira a evitar exposição desnecessária ou constrangimentos. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Todos os riscos, benefícios e direitos serão explicados antes da participação.

BENEFÍCIOS

Benefícios diretos: Possibilidade de o participante refletir sobre sua prática profissional e sobre os desafios da saúde mental, o que pode contribuir para seu próprio desenvolvimento, bem-estar no trabalho e ações e medidas que possibilitem uma melhor resolutividade na atenção prestada à saúde mental dentro do contexto da saúde primária.

Benefícios indiretos: O estudo poderá contribuir para melhorias nas práticas de cuidado em saúde mental. Poderá auxiliar gestores na compreensão da importância de profissionais capacitados para exercerem um trabalho digno e humanizado na assistência. Maior compreensão sobre as necessidades desses profissionais. Amplia o conhecimento científico na saúde mental e da enfermagem podendo subsidiar práticas educativas, de capacitação e de políticas de cuidados aos trabalhadores.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Aline Rodrigues Teixeira, Tamy Gasen Oleques Souza e Carine Cardoso pelos telefones acima mencionados e/ou pelo e-mail tamygasen115072@gmail.com.

Dúvidas ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC. O CEP/UNESC se localiza na Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário, nas dependências do Bloco R1 – Sala 109, Criciúma, SC, com horário

de funcionamento das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30, de segunda a sexta-feira. Contato também pode ser feito pelo fone (48) 3431 2606 ou e-mail cep@unescc.net. O endereço da página do CEP/UNESC é www.unesc.net/cep.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

O CEP/UNESC integra o sistema nacional de ética em pesquisa, a CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CNS/MS).

Este documento, para ser válido, deve ter todas as páginas rubricadas pelo pesquisador responsável ou pessoa por ele delegada e pelo convidado - participante de pesquisa ou seu responsável legal (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d).

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
Assinatura Nome: CPF:	Assinatura Nome: Aline Rodrigues Teixeira CPF:
Pesquisador(a) Responsável Assinatura Nome: Tamy Gasen Oleques Souza CPF: 031-354-590-12	

ANEXO III

QUESTIONÁRIO ELABORADO DE FORMA A DIRECIONAR AS ENTREVISTAS REALIZADAS NO PROJETO.

1. PERFIL DO ENTREVISTADO

Idade:

Gênero:

Estado Civil:

Qual é sua formação profissional e tempo de atuação na atenção primária?

Tempo de experiência na atuação com saúde mental?

Curso de capacitação em atendimento a pessoas em sofrimento psíquico?

Em qual tipo de unidade de saúde você trabalha (UBS, ESF, etc.)?

Qual é sua função atual na equipe e como são direcionados em relação ao tema?

2. PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Como você avalia a demanda de pacientes com questões de saúde mental na atenção primária?

Quais são os principais transtornos ou situações relacionadas à saúde mental que você encontra no cotidiano?

Você considera que a atenção primária está preparada para lidar com essas demandas? Por quê?

3. DESAFIOS ENFRENTADOS

Quais são as maiores dificuldades que você encontra ao atender pacientes com demandas de saúde mental?

Existem barreiras estruturais (recursos, espaço físico, tempo de atendimento) que dificultam o cuidado?

Quais estratégias são utilizadas pela equipe para amenizar as barreiras encontradas?

Como você percebe a articulação entre a atenção primária e os serviços especializados em saúde mental?

Há resistência por parte dos pacientes ou familiares em aceitar o acompanhamento?

4. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Quais estratégias você utiliza para lidar com os desafios relacionados à saúde mental na atenção primária a saúde?

Você participa de capacitações ou treinamentos voltados para saúde mental? Se sim, como avalia sua eficácia?

Se não, acredita ser necessário implementar treinamentos?

Como a equipe multiprofissional contribui para o cuidado em saúde mental?

Que práticas de acolhimento ou escuta você considera mais eficazes?

Há parcerias com escolas, associações ou outras instituições para fortalecer o cuidado?

5 SUGESTÕES E PERSPECTIVAS

O que poderia ser melhorado na atenção primária para fortalecer o cuidado em saúde mental?

Quais políticas públicas ou iniciativas você acredita que seriam mais eficazes para enfrentar esses desafios?

Que recomendações você daria para futuros profissionais que irão atuar nesse campo?