

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

KEYSSE SUÉLEN FIDELIS DE MESQUITA

**FLUXOGRAMA DE APOIO À TOMADA DE DECISÕES PARA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO BÁSICA**

MACEIÓ
2016

KEYSSE SUÉLEN FIDELIS DE MESQUITA

FLUXOGRAMA DE APOIO À TOMADA DE DECISÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Ciência, Tecnologia e Inovação para o cuidado.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque

MACEIÓ
2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Janaina Xisto de Barros Lima

M578f Mesquita, Keyse Suélen Fidelis de.
Fluxograma de apoio à tomada de decisões para assistência de enfermagem
à pessoa em sofrimento psíquico na atenção básica / Keyse Suélen Fidelis de Mesquita.
– 2016.

160 f. : il.

Orientadora: Patricia de Carvalho Nagliate.

Coorientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Maceió, 2016

Bibliografia: f. 92-102.

Apêndices: f. 103-146.

Anexos: f. 147-160.

1. Serviços de enfermagem - Tomada de decisões. 2. Enfermagem - Fluxo de
trabalho. 3. Enfermeiros. 4. Atenção primária à saúde. 5. Estresse psicológico.

I. Título.

CDU: 616-083(084.29)

FOLHA DE APROVAÇÃO

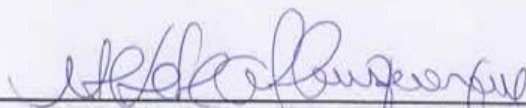
AUTOR: KEYSSE SUÉLEN FIDELIS DE MESQUITA

Fluxograma para assistência de enfermagem à pessoa em sofrimento psíquico na atenção básica. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, na forma normaliza e de uso obrigatório.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 15 de fevereiro de 2016.

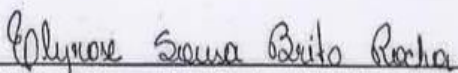


Prof.ª Dr.ª Patrícia de Carvalho Nagliate (Orientadora)

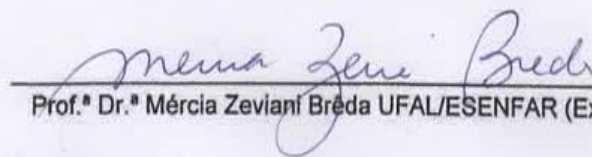


Prof.ª Dr.ª Maria Cícera dos Santos Albuquerque (Co-orientadora)

Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Elyrose Sousa Brito Rocha UESPI/FACIME (Examinadora Externa)



Prof.ª Dr.ª Mércia Zeviani Breda UFAL/ESENFAR (Examinadora Interna)

A Deus e a minha família.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela graça alcançada desde a entrada até o egresso no curso de mestrado. Por ser minha fortaleza e me manter com saúde para realizar minhas atividades.

Ao **meu amigo e companheiro**, Diogo, que se tornou meu marido durante o final do primeiro semestre do mestrado. Por sempre estar presente na minha vida, pela paciência de ouvir meus desabafos, preocupações e angústias referentes aos prazos da pesquisa. Por me incentivar nos estudos e querer o meu melhor.

Aos **meus pais**, Pedro e Claudia, minha base, que sempre primaram pela minha educação e apoiaram minhas escolhas. Por acreditarem em mim e me preencherem com todo o amor. Meu infinito agradecimento por tudo que fazem por mim.

As **minhas irmãs**, Késsia e Kyssia, minha base, por serem inspiração de persistência para realização dos sonhos. Por serem minhas amigas fiéis, com que posso contar a qualquer hora do dia. Dr^a Késsia, mesmo distante me ajudou com diversas orientações de trabalhos científicos. Kyssia, por suas preocupações e cuidado comigo.

Aos **meus avós**, Cícero e Luzenita, **meu afilhado**, Gui, pelos exemplos que são de fé, alegria e bondade. Por tornarem minha vida mais alegre.

Aos **amigos**, pelo apoio e torcida, por proporcionarem momentos de lazer, imprescindíveis ao bom andamento deste estudo.

À **Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate**, minha querida orientadora, por acreditar que seria possível realizar todas as etapas do presente estudo. Pela paciência e compreensão e por dividir comigo toda sua sabedoria. Sinto-me privilegiada por ter sido sua primeira orientanda do mestrado e grata pela atenção e disponibilidade.

À **Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque**, por ter compartilhado comigo seus conhecimentos e por todo apoio, respeito e confiança. Pela preciosa contribuição com este trabalho e disposição para ajudar. Por ser um exemplo de docente, que admiro desde a graduação. Grata pela paciência e acolhimento.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** da Universidade Federal de Alagoas (PPGENF/UFAL) e ao **Corpo Docente**, pela oportunidade de aprender e por ofertarem o curso de Mestrado com tanto esforço e competência.

Aos **membros da banca examinadora**, Prof.^a Dra Elyrose Sousa Brito Rocha, Prof.^a Dr.^a Mércia Zeviani Brêda, por apreciarem esse estudo e pelas valiosas contribuições.

A **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste mestrado.

Às **queridas amigas do mestrado**, Alba Bonfim, Bárbara Régia, Fabiani Tenório, Givânia Melo, Lays Miranda, Marina Baptista, Natália Palmoni, Silvana Barros, Talita Lúcio e Vívian Marcella, por todos os momentos compartilhados de alegrias, tristezas, apreensões e crescimento. Admiro todas vocês e me sinto lisonjeada por ter feito parte desta turma.

As **alunas da graduação de enfermagem**, Jéssica, Isabela e Rayza, por fazerem parte do meu amadurecimento enquanto discente do mestrado e pela confiança estabelecida nas orientações oferecidas. Jéssica e Isabela, por contribuírem ativamente na produção das revisões integrativas inseridas nesta dissertação.

Aos **participantes do estudo**, enfermeiros da atenção básica e os enfermeiros juízes, por aceitaram participar e por contribuírem de forma fundamental com este estudo.

*"Se de um casulo sai uma borboleta,
algo se rompe e algo se liberta em asas.
E este algo de asas é um outra coisa que não o
casulo,
embora tenha sido parte dele um dia, em sua
imobilidade
e em sua relação fechada e larvar com o
mundo.
Livre, enfrentará outros perigos, teias,
paralisações e noites,
mas terá em si mesmo seu plano de vôo e, no
ato de voar,
o desempenho de um novo papel antes
inexistente,
que lhe permitirá encontrar o pólen e fecundar
as flores" **

** Texto de Sérgio Perazzo, retirado do seu
livro: Fragmentos de um Olhar Psicodramático*

RESUMO

O estudo teve como objetivo propor a elaboração de um fluxograma de apoio à tomada de decisão de enfermeiros da atenção básica para conduta ou encaminhamento de pessoa em sofrimento psíquico. Trata-se de uma pesquisa composta por duas fases: FASE I - estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, desenvolvida em duas etapas, sendo uma, estudo de campo para realização de entrevistas e outra, revisão integrativa da literatura para levantamento de publicações científicas sobre a temática em foco; FASE II - estudo metodológico de elaboração de um fluxograma de apoio à tomada de decisão do enfermeiro, com seguimento das etapas de planejamento e consulta do fluxograma por especialistas. O estudo de campo teve como participantes 16 enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. A estes foram aplicadas entrevistas que foram realizadas com apoio de um roteiro semiestruturado no mês de junho de 2015 nas unidades de atuação dos enfermeiros e as transcrições foram validadas por eles em julho e agosto de 2015. Os depoimentos foram analisados conforme a técnica Análise Temática de Conteúdo de Minayo, que fez surgir duas categorias: organização do processo de trabalho e entendimento sobre sofrimento psíquico, e cinco subcategorias: dinâmica de atendimento a pessoa em sofrimento psíquico; ações do enfermeiro diante de uma pessoa em sofrimento psíquico; dificuldades e estratégias para realização da assistência a pessoa em sofrimento psíquico; conceito de sofrimento psíquico; e identificação dos sinais e sintomas do sofrimento psíquico. Através destas subcategorias e da revisão integrativa foram levantados itens necessários para a elaboração do fluxograma proposto. Utilizou-se o referencial fluxograma analisador de Merhy com adaptações ao estudo para preparar o fluxograma sugerido. Quanto ao conteúdo, às dimensões, aos indicadores, aos fluxos e à estrutura do fluxograma, o estudo tomou como base e fonte o fluxograma do atendimento da demanda espontânea criado pelo Ministério da Saúde em 2012 e, juntamente com os dados desse, foram adicionados os itens identificados nas duas primeiras etapas (FASE I). A partir da junção dessas informações, obteve-se a versão I do fluxograma (FASE II), que passou por duas consultas consecutivas de especialistas da área de saúde mental, através do Método Delphi. A ferramenta elaborada pode oferecer amplitude de todo um processo na assistência de enfermagem e ser um meio facilitador no gerenciamento do cuidado, à medida que proporciona ao enfermeiro subsídio para a tomada de decisão mais adequada, ágil e mais segura, evitando lacunas ou falhas na assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

Descritores: tomada de decisões; fluxo de trabalho; enfermeiros; atenção primária à saúde; estresse psicológico.

ABSTRACT

This study aimed to propose the formulation of a supportive flowchart on decision-making of nurses from basic care for management or reference of people on psychological pain. It is a two phases research: phase I – Descriptive and explorative study with a qualitative nature, developed into two stages, one, it is a field research for the execution of interviews and the other, it is an integrative review of the literature for survey of scientific publications about the focused subject-matter. Phase II – methodological study to develop a flowchart to support nurse decision-making, following the stages of planning and consulting the flowchart by specialists. The field study had as participants 16 nurses from Unities of Basic Care and Unities of Family Care. To them were applied semi-structured interviews conducted with the support of a semi-structured script on Jun of 2015 at the performance unities of the nurses, and they validated the transcriptions on July and August of 2015. The testimonies were analyzed according to the Content Thematic analysis of Minayo, which made to appear two categories: organization of the work process and understanding on psychological distress, and five subcategories: attendance dynamic to a person on psychological distress; nurse actions before a person on psychological distress; difficulties and strategies for achievement of the assistance to a person on psychological distress; psychological distress concept; and the identification psychological distress signals and symptoms. Through those subcategories and the integrative review, necessary items were brought up to the formulation of the flowchart suggested. The Flowchart Reference Merhy Analyzer with adaptations was used on the study to prepare the suggested flowchart. Regarding the content, dimensions, flux and the flowchart structure, the study took as the base and flowchart source of spontaneous demand attendance created by Ministry of Health in 2012, along with its data were added identified items on the two first stages (PHASE I). Starting from the combination of this information, it was obtained the version I of the flowchart (PHASE II), which underwent through two consecutives consultations of experts of mental health, by the Delphi method. The tool prepared could offer amplexness of an entire process on nursing assistance and to be a facilitator in care management, as provides the nurse subsidy on the most appropriate decision-making, agile and safer, avoiding gaps and failures in assistance of a person in psychic suffering.

Descriptors: decision-making; workflow; nurses; primary health care; stress, psychological.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distritos Sanitários de Saúde da cidade de Maceió.....	35
Figura 2 -	Síntese das etapas de coleta de dados inseridas nas fases do estudo.....	36
Figura 3 -	Página de acesso do Pubmed para busca de publicações científicas através da estratégia PICO.....	41
Figura 4 -	Seleção dos artigos por estratégia de busca nas bases de dados	42
Figura 5 -	Fluxograma para organização do processo de trabalho dos enfermeiros da atenção básica para o atendimento da Saúde da Família.....	72
Figura 6 -	Fluxograma para organização do processo de trabalho dos enfermeiros da atenção básica para o atendimento da demanda espontânea.....	73
Figura 7 -	Fluxograma geral para a organização do processo de trabalho dos enfermeiros da atenção básica para os atendimentos da demanda espontânea e da Saúde da Família.	74
Figura 8 -	Fluxograma para organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea.....	75
Figura 9 -	Fluxograma versão I disponibilizada aos especialistas na primeira consulta.....	76
Figura 10 -	Fluxograma versão II disponibilizada aos especialistas na segunda consulta.....	78
Figura 11 -	Fluxograma versão final.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Necessidades dos enfermeiros da atenção básica quanto à identificação e conduta frente a pessoas em sofrimento psíquico.....	19
Quadro 2 -	Componentes da estratégia PICO.....	39
Quadro 3 -	Descrição e combinação da estratégia PICO.....	40
Quadro 4 -	Representação esquemática das formas geométricas que compõem um diagrama.....	44
Quadro 5 -	Características dos enfermeiros das unidades de saúde.....	53
Quadro 6 -	Quantitativos e tipos de pós graduação dos participantes.....	53
Quadro 7 -	Subsídios emergidos das categorias e subcategorias, referentes ao estudo de campo para composição do fluxograma.....	65
Quadro 8 -	Síntese dos estudos e de suas ferramentas.....	67
Quadro 9-	Estratégias/ferramentas identificadas nos artigos científicos selecionados na revisão integrativa.....	70
Quadro 10-	Resultado do consenso, em porcentagem, dos especialistas obtidos na primeira rodada do método Delphi.....	77
Quadro 11-	Resultado do consenso, em porcentagem, dos especialistas obtidos na segunda rodada do método Delphi.....	79

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DSS – Distrito Sanitário de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – *Medcal Literary Analisys and Retrieval System Online*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

NIMH – Instituto Nacional de Saúde Mental

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online*

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Justificativa.....	18
1.2	Objetivo geral.....	20
1.2.1	Objetivos específicos.....	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1	Processo de Trabalho na Saúde e na Enfermagem.....	22
2.2	Ferramentas de apoio à tomada de decisão na saúde e enfermagem.....	23
2.3	Tecnologia do cuidado e de enfermagem.....	24
2.4	Necessidades dos enfermeiros quanto à assistência em saúde mental na atenção básica.....	25
2.5	Fluxograma no cuidado de enfermagem.....	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1	Tomada de decisão.....	28
3.2	Sofrimento Psíquico.....	30
4	MATERIAL E MÉTODO	33
4.1	Tipo de estudo.....	33
4.1.1	FASE I.....	33
4.1.2	FASE II.....	34
4.2	Cenário do estudo.....	34
4.3	Participantes do estudo.....	35
4.4	Coleta de dados.....	36
4.4.1	Etapas FASE I.....	37
4.4.1.1	Primeira etapa: Estudo de compo.....	37
4.4.1.2	Segunda etapa: Revisão integrativa.....	38
4.4.3	Etapas FASE II.....	42
4.4.3.1	Terceira Etapa: Elaboração do fluxograma.....	42
4.4.3.1.1	Fluxograma analisador.....	43
4.4.4	Quarta etapa: Aprimoramento e finalização do fluxograma.....	44
4.5	Análise dos dados.....	48
4.5.1	Análise FASEI.....	48
4.5.2	Análise FASEII.....	49

4.6	Aspectos éticos.....	50
5	RESULTADOS	52
5.1	Estudo de campo - FASE I.....	52
5.1.1	Caracterização dos participantes.....	52
5.1.2	Categorias.....	54
5.1.2.1	Categoria 1: Organização do processo de trabalho.....	54
5.1.2.1.1	Dinâmica de atendimento a pessoa em sofrimento psíquico.....	54
5.1.2.1.2	Ações do enfermeiro diante de uma pessoa em sofrimento psíquico.....	56
5.1.2.1.3	Dificuldades e estratégias para realização da assistência a pessoa em sofrimento psíquico.....	58
5.1.2.2	Categoria 2: Entendimento sobre sofrimento psíquico.....	60
5.1.2.2.1	Conceito de sofrimento psíquico.....	60
5.1.2.2.2	Identificação dos sinais e sintomas do sofrimento psíquico.....	63
5.2	Revisão integrativa: FASE I.....	67
5.3	Elaboração do fluxograma - FASE II.....	70
5.3.1	Descrição do fluxograma.....	81
	DISCUSSÃO	82
	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	103
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: participantes da pesquisa de campo.....	104
	APÊNDICE B – Agendamento das visitas.....	107
	APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semiestruturada.....	108
	APÊNDICE D – Declaração de validação de entrevista.....	110
	APÊNDICE E – Quadro sinóptico da revisão integrativa sobre ferramentas.....	111
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: juízes.....	114
	APÊNDICE G – Instrumento para avaliação do fluxograma versão I pelos juízes..	120
	APÊNDICE H – Instrumento para avaliação do fluxograma versão II pelos juízes.....	127
	APÊNDICE I – Fluxogramas Individuais.....	131
	ANEXOS	147
	ANEXO A – Lista das unidades de saúde da atenção básica contidas nos Distritos Sanitários de Saúde de Maceió.....	148

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.....	155
ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	156
ANEXO D – Declaração de confidencialidade.....	157
ANEXO E – Declaração sobre a destinação dos materiais e/ou dados.....	158
ANEXO F – Declaração de coleta de dados após aprovação do comitê de ética em pesquisa.....	159
ANEXO G – Declaração de publicidade da pesquisa.....	160

1 INTRODUÇÃO

A demanda de saúde mental na atenção básica é muito grande e variada. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar a magnitude dos problemas de saúde mental e fundamentais na formulação de políticas públicas, na estruturação de serviços e no planejamento de programas de prevenção e tratamento (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

Articular a saúde mental na atenção básica, tendo como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), transpassa cumprir apenas uma diretriz legislativa ou política. É poder repensar novas formas de gestão em saúde mental: redes de atenção à saúde mental, integradas, articuladas e intersetoriais. Além de favorecer as pessoas, os familiares e comunidade a garantia de acesso, equidade, integralidade e cidadania, com uma atenção e assistência contínua e assegurada (CESAR; SIQUEIRA, 2011).

As ações no âmbito da saúde mental na atenção básica são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, de modo que possibilita aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida (BRASIL, 2013).

Os tipos de ações consistem em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada e desenvolver as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo acompanhamento no contexto da atenção básica ou encaminhando as pessoas para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Para que estas ações sejam efetivas é preciso compreender o sofrimento psíquico. Atualmente, percebe-se a incapacidade de compreender o sentido real do sofrimento (BESERRA et al, 2014). O sofrimento humano padece ante diversas perspectivas. Por um lado, encontra-se o sofrimento exterior, que tem o corpo como uma dimensão física, que se torna visível, surge o sentimento de que algo está errado com o funcionamento do corpo. Por outro lado, existe o sofrimento interior do ser humano, o psíquico, o social e o espiritual, como por exemplo: a angústia, o desespero, o temor, o medo, a culpa, a dor, o prazer e a satisfação. Essas formas de padecer tem seu centro de gravidade na interioridade do ser humano, mas se

expressam no rosto, na voz, no olhar e no conjunto da corporeidade (BESERRA et al, 2014).

Nessa perspectiva de sofrimento, que é inerente ao ser humano, o presente estudo foi desenvolvido e abordado ao longo do texto, com uma visão diferenciada da patológica, com o sentido de mostrar a categoria de enfermagem que é possível compreender o outro diante do seu sofrimento psíquico. Assim, como o enfermeiro tem potencial para conduzir a assistência à pessoa que sofre e pode minimizar tal sofrimento, ele pode atuar com a promoção da saúde mental, evitando, assim, o desencadeamento de problemas maiores.

Na abordagem às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica, os profissionais podem e devem atuar como terapeutas e gestores da atenção, exercendo o cuidado e o encaminhamento aos serviços de saúde mental, quando necessário (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como prioridade a capacitação em saúde mental dos profissionais da Atenção Básica no sentido da modificação das condutas terapêuticas que visem antecipar a detecção dos casos, interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento, condutas estas que incluem na sua metodologia a abordagem dos determinantes dos transtornos mentais (pobreza, sexo, idade, conflitos e desastres, doenças físicas graves, fatores familiares e ambientais) (OMS, 2001).

O desenvolvimento de intervenções em saúde mental, na atenção básica, é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

O cuidado em saúde mental pode ser desde a escuta da pessoa, por meio de um acolhimento, até o plano de cuidado, pois os profissionais de saúde são fontes de intervenção efetiva. É comum que esses profissionais se encontrem a todo o momento com pessoas em sofrimento psíquico, podendo suscitar neles muitas dúvidas, curiosidades e receios (BRASIL, 2013). Diante dessas situações, precisam estar preparados para tomar decisões e realizarem condutas adequadas em tempo hábil para que sejam eficazes.

De acordo com a Resolução nº 3/2001 do Ministério da Educação no inciso II do Art. 4º destaca a tomada de decisões como uma competência e habilidade do enfermeiro com vistas ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de

trabalho dos serviços e práticas, além de fornecer habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (BRASIL, 2001).

A tomada de decisão ou o processo decisório pode ser definido como a escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir um determinado resultado (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014; MARQUIS; HUSTON, 2005; ALMEIDA et al, 2011). Deve ser realizada com conhecimento, racionalidade, competência e consciência para que resulte no alcance do objetivo esperado, ou o mais próximo dele, posto que o conhecimento do processo decisório permita visualizar certezas, debilidades e possíveis omissões, além de incitar reforço de pontos fracos com correções necessárias, colaborando para evitar decisões errôneas (ALMEIDA et al, 2011; MARQUIS; HUSTON, 2005)

A tomada de decisão não basta para resolver um problema, pois somente com a execução das ações decorrentes da decisão é que esse objetivo será atingido (TANAKA; TAMAKI, 2012).

No que concerne à importância de incorporar processos de tomada de decisão, está na vanguarda do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) agenda para melhorar as intervenções e serviços de saúde mental (WILLS; HOLMES-ROVNER, 2006).

No processo de cuidar em Enfermagem, a tomada de decisões do Enfermeiro pode elucidar manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam o comportamento e atitudes, o estabelecimento de relações de cuidado e de interações com a equipe de saúde (BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013).

O enfermeiro, por sua proximidade com as pessoas que sofrem, requer em seu processo de cuidar a capacidade técnica-pessoal para pensar e agir consciente diante das tomadas de decisões que se deparam no âmbito de sua cotidianidade.

Nesse contexto, é fundamental que os enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Unidade de Saúde da Família (USF) consigam identificar pessoas que estejam em sofrimento psíquico para realizar condutas adequadas, dentre elas intervenções de enfermagem e da equipe e encaminhamentos para outros serviços de saúde, incluídos na Rede de Atenção Psicossocial, quando não conseguirem dar o suporte necessário para atender a especificidade da demanda.

1.1 Justificativa

O interesse em desenvolver o presente estudo se deu pela vivência enquanto enfermeira durante a residência em saúde mental e psiquiatria, nos anos de 2011 a 2012 pela Universidade de Pernambuco, com realização de assistência a pessoas com transtorno mental em serviço hospitalar psiquiátrico e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Observou-se, no serviço de CAPS, no desenvolvimento da atividade triagem, momento em que faz a entrevista com pessoas procedentes da demanda e de encaminhamentos de outros serviços, que muitas pessoas em sofrimento psíquico eram encaminhadas ao serviço por enfermeiros da atenção básica de maneira errônea, ou seja, não eram situações para admissão no CAPS e sim, para poderem ser acompanhadas na unidade de origem.

Através da experiência da autora no CAPS, foi possível vislumbrar a importância dos profissionais de saúde da atenção básica, em especial o enfermeiro, atuarem de forma efetiva na saúde mental.

Ao fortalecer a atenção básica como forma estruturante da rede de saúde mental, pode-se realizar, de fato, uma reorganização do sistema de serviços de saúde mental, otimizando recursos, proporcionando integralidade da atenção, evitando sobrecarga dos demais níveis de atenção, encaminhamentos, exames e internações desnecessárias, além da subutilização das potencialidades desse nível de atenção, bem como promovendo uma melhor otimização da rede de atenção (CESAR; SIQUEIRA, 2011).

No estudo de Gonçalves e colaboradores (2013) foi evidenciado que o enfermeiro precisa estar atualizado e preparado para a prática da promoção à saúde mental, e com subsídios para participar da elaboração de manuais, linhas guias e protocolos na unidade para garantir ações às pessoas, familiares e comunidade.

Acredita-se que este estudo preencha a lacuna no conhecimento referente à tomada de decisão do enfermeiro numa perspectiva de apoio ao atendimento à saúde mental na atenção básica, especificamente nos serviços de UBS e USF. Sendo o intuito da ferramenta apoiar, facilitar e otimizar a atuação do profissional frente a decisões de assistência a pessoas em sofrimento psíquico, bem como oferecer suporte necessário a essas pessoas e seus familiares para que, a partir disso, suceda a melhoria na qualidade de vida.

Considerando o enfermeiro como o profissional que é a referência do cuidado, este estudo pretende contribuir com a área de enfermagem, uma vez que ferramentas de apoio à tomada de decisão na área de saúde mental no Brasil para enfermeiros de UBS e de USF são incipientes, conforme se observou no levantamento de revisão da literatura realizado neste estudo.

Ao realizar a revisão integrativa da literatura, através da estratégia PICO, sobre as necessidades dos enfermeiros da atenção básica durante atendimento a pessoa em sofrimento psíquico, encontraram-se cinco artigos científicos. O número pequeno de artigos selecionados justifica-se devido a pouca produção científica acerca de sofrimento psíquico como algo que as pessoas podem passar por um período mais curto, diferentemente da quantidade do número de artigos visualizados no que concerne ao sofrimento psíquico como patológico.

As necessidades apontadas nos estudos selecionados encontram-se expressas no quadro 1. As evidências elucidam que existem necessidades de apoio para os enfermeiros da atenção básica quando se trata da saúde mental, especificamente do sofrimento psíquico. Assim, o presente estudo apresenta uma ferramenta que visa contemplar tal apoio para a tomada de decisão segura.

Quadro 1. Necessidades dos enfermeiros da atenção básica quanto à identificação e conduta frente a pessoas em sofrimento psíquico. Maceió, 2015. P 1/2.

ARTIGO	ANO	NECESSIDADES IDENTIFICADAS
Psychological Stress and Anxiety in Middle to Late Childhood and Early Adolescence: Manifestations and Management	2009	Permitir aos enfermeiros da atenção primária para reconhecer sinais de stress, avaliar as habilidades de enfrentamento das crianças e cuidadores e fornecer intervenções e orientação antecipatórias necessárias para minimizar os estressores na infância.
Beyond symptoms: Defining primary care mental health clinical assessment priorities, content and process	2012	Necessidade de disciplina de cuidados de saúde primários a definir-se na área de clínica avaliação da saúde mental.
Seguimiento a pacientes con diagnóstico enfermero NANDA: baja autoestima situacional, en la consulta de Atención Primaria	2013	Dificuldade em identificar problemas, por isso exige uma avaliação holística do indivíduo, a valorização por padrões funcionais identifica a presença. Embora os enfermeiros percebam dificuldades, a maior delas é alcançar resolução destes problemas.

(Continua)

(continuação) Quadro 1. Necessidades dos enfermeiros da atenção básica quanto à identificação e conduta com pessoas em sofrimento psíquico. Maceió, 2015. P 2/2.

ARTIGO	ANO	NECESSIDADES IDENTIFICADAS
Psychological Stress and Anxiety in Middle to Late Childhood and Early Adolescence: Manifestations and Management	2009	Permitir aos enfermeiros da atenção primária para reconhecer sinais de stress, avaliar as habilidades de enfrentamento das crianças e cuidadores e fornecer intervenções e orientação antecipatórias necessárias para minimizar os estressores na infância.
Beyond symptoms: Defining primary care mental health clinical assessment priorities, content and process	2012	Necessidade de disciplina de cuidados de saúde primários a definir-se na área de clínica avaliação da saúde mental.
Seguimiento a pacientes con diagnóstico enfermero NANDA: baja autoestima situacional, en la consulta de Atención Primaria	2013	Dificuldade em identificar problemas, por isso exige uma avaliação holística do indivíduo, a valorização por padrões funcionais identifica a presença. Embora os enfermeiros percebem dificuldades, a maior delas é alcançar resolução destes problemas.

Fonte: Medline, Science Direct e Web of Science, 2015.

Diante das considerações apresentadas, urge a necessidade de produção de conhecimento, de novas ferramentas referentes ao processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica como apoio à tomada de decisões, em especial no âmbito da saúde mental.

Assim, o presente trabalho adota como objeto um fluxograma de apoio ao enfermeiro na tomada de decisão para assistência a pessoa em sofrimento psíquico. E se propôs a responder as seguintes questões norteadoras: O que deve compor um fluxograma de apoio ao enfermeiro da atenção básica para a tomada de decisão na assistência a pessoa em sofrimento psíquico?

1.2 Objetivo geral

Elaborar um fluxograma de apoio à tomada de decisão de enfermeiros da atenção básica para conduta/encaminhamento de pessoa em sofrimento psíquico.

1.2.1 Objetivos específicos

- Identificar e analisar na prática a dinâmica, a conduta e as necessidades de atendimento dos enfermeiros da atenção básica durante a assistência à pessoa em sofrimento psíquico para subsidiar a elaboração do fluxograma;
- Identificar e analisar na literatura a existência de estratégias/ferramentas de apoio à tomada de decisão de enfermeiros da atenção básica diante de pessoas em sofrimento psíquico para compor o fluxograma;
- Identificar na literatura as necessidades dos enfermeiros da atenção básica para identificar e intervir junto às pessoas em sofrimento psíquico;
- Planejar as etapas de construção de um fluxograma de apoio à tomada de decisão do enfermeiro da atenção básica durante a assistência a pessoa em sofrimento psíquico;
- Elaborar um fluxograma quanto à estrutura, fluxo de orientação, itens, layout, conteúdo, dimensões do fluxograma de apoio à tomada de decisão do enfermeiro da atenção básica durante a assistência a pessoa em sofrimento psíquico;
- Consultar juízes para avaliação quanto à estrutura, fluxo de orientação, itens, layout, conteúdo e dimensões do fluxograma final.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Processo de Trabalho na Saúde e na Enfermagem

O processo de trabalho em saúde é um assunto que está sendo muito discutido nos dias atuais, principalmente o processo de trabalho na atenção básica, devido aos crescentes números de unidades de saúde da família que vêm sendo construídos (SANTANA et, 2013).

No processo de trabalho, em saúde existe a construção de critérios para uma nova percepção da assistência formatada num conjunto dos atos. O trabalho em saúde produz um formato do cuidar, de distintos modos com atividades individuais e coletivas, com abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde, agregando saberes e ações implicadas com o desenvolvimento dos atos cuidadores e que conformam os modelos de atenção à saúde (FERNANDES, 2012; CAMPOS, 2000).

Na atenção básica, é preciso destacar o processo de trabalho que é essencial para melhorar qualidade do atendimento do profissional de saúde que atua nesse nível de atenção, visto que o profissional nessa área explora mais as tecnologias leves e as tecnologias leves-duras (SANTANA et, 2013).

O trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde subdivide-se ainda em vários processos de trabalho como: cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar (FELLI; PEDUZZI, 2010; PEREZ; CIAMPONE, 2006). Todos eles orientam-se para uma mesma finalidade - o cuidado ao ser humano - e sem predominância de importância entre elas, uma vez que se desenvolvem, na maioria das vezes, de forma interligada (CIAMPONE; KURCGANT, 2010; LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2001).

O processo de cuidar e o processo de gerenciar podem ser considerados como as principais dimensões do trabalho do enfermeiro em seu dia a dia (CAMELO, 2012; FELLI; PEDUZZI, 2010; PEREZ; CIAMPONE, 2006).

O cuidar caracteriza-se pela observação, o levantamento de dados, o planejamento, a implementação, evolução, a avaliação e a interação entre pessoas

assistidas e trabalhadores da enfermagem e entre diversos profissionais de saúde (CAMELO, 2012).

No processo de trabalho gerencial, os objetos de atuação do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Para a execução desse processo é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, ou seja, o planejamento, o dimensionamento de pessoa de enfermagem, o recrutamento e seleção do pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a avaliação de desempenho e outros. Também se utilizam outros meios ou instrumentos, como a força de trabalho, os materiais, equipamentos e instalações, além dos diferentes saberes (FELLI; PEDUZZI, 2010).

2.2 Ferramentas de apoio à tomada de decisão na saúde e enfermagem

No processo de trabalho, a tomada de decisão é considerada a função que caracteriza o desempenho do enfermeiro. Independentemente do aspecto da decisão, esta atitude deve ser fruto de um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema a partir de um levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos (PEREIRA, F.J.R.; SILVA, C.C.; LIMA NETO, 2013; GUIMARÃES; EVORA, 2004).

A tomada de decisão é a tarefa mais importante de um profissional administrativo, em todas as fases de seu processo de trabalho (MARQUIS E HUNSTON, 2005). Para o profissional enfermeiro, a tomada de decisões é um dos fatos mais corriqueiros nas atividades da enfermagem, por atuar como um instrumento de apoio em todo o processo de trabalho (CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

No processo de tomada de decisão, o enfermeiro exerce o controle dos aspectos técnicos de seu trabalho, delimitando o que é próprio da enfermagem para escolher a melhor maneira de atuar no cuidado ao usuário (KRAEME; DUARTE; KAISER, 2011; BERTI; BRAGA; GODOY, 2008).

É preciso reconhecer que o saber, quando assimilado e construído, orienta o desenvolvimento da autonomia e tomada de decisão, e aceitar a ideia de que, para

aprimorá-lo nos cenários em que atua e que aprende, isso requer aporte de tempo para reflexão e análise pelo enfermeiro. E, especialmente, para consideração de suas necessidades como forma de crescimento (KRAEME; DUARTE; KAISER, 2011).

A tomada de decisão envolve raciocínio lógico, intuição, criatividade e experiência, sendo, portanto, eficaz quando baseada em processos cientificamente adequados para esse fim (CORREIA; SILVA; LIMA NETO, 2013; ADAIR, 2007).

O processo decisório, entendido como desdobramento operacional da tomada de decisão, depende das características pessoais da força de trabalho envolvida nesse processo e da situação em que se apresenta (CORREIA; SILVA; LIMA NETO, 2013; CHIAVENATO, 2011).

A indicação de uma ferramenta que auxilie a tomada de decisão passa, necessariamente, pelo exame do “estado da arte” do processo de trabalho, isto é, a verificação da aparência do fenômeno no cotidiano de trabalho dos enfermeiros em três aspectos: social, acadêmico e profissional. O “estado da arte” pode ser considerado condição atual de um fenômeno examinado para captação de suas contradições, opondo-se a ele, dialeticamente, o passado e o devir da totalidade (CORREIA; SILVA; LIMA NETO, 2013; EGRY, 1996).

2.3 Tecnologia do cuidado e em enfermagem

O cuidado em enfermagem é considerado a essência dessa profissão, sendo esse cuidar dividido em duas vertentes: a objetiva, englobando técnicas e procedimentos e a subjetiva, guiada pela intuição e percepção dos profissionais da enfermagem (THOFEHRN et al, 2014; ROCHA et al, 2008).

Esses profissionais possuem duas bases de atuação: 1) a tecnologia do cuidado como expressão do saber fazer; e 2) o valor da vida como sustentação moral e ética do seu trabalho, os quais se sustentam na formação profissional, na produção científica e filosófica e nas estratégias políticas (KOTZ et al, 2014; SALVADOR et al, 2011).

Assim, as funções dos enfermeiros tratam desde o seu fazer prático, como o teórico e relacional. Sendo o seu fazer diário, com uso de tecnologias mesmo sem

perceber, como: as tecnologias duras, com a utilização de equipamentos, aparelhos; ou com a utilização de procedimentos, com conhecimento específico, podendo ser classificadas de tecnologias leve-duras, como é o caso da utilização de metodologia de assistência em enfermagem e também o uso de tecnologias leves, com foco nas relações interpessoais, em que o enfermeiro tem como objeto de seu trabalho, sua equipe e seus pacientes (THOFEHRN et al, 2014; ROCHA et al, 2008; MERHY, 1997).

Diante do cuidado à saúde, os enfermeiros têm que se responsabilizar pela qualidade da assistência que é ofertada, de forma que coloca todas as opções tecnológicas de que dispõe em termos de conhecimento e de saber a serviço da pessoa assistida (KOERICH et al, 2006).

Nesse contexto, o cuidado, enquanto tarefa profissional, corresponde à ação da enfermagem enquanto tecnologia para o alcance de um fim. Assim, tal tarefa pode ser reconhecida como tecnologia de cuidado, pois a ação de enfermagem somente pode se efetivar a partir de embasamento teórico e de habilidade técnica (THOFEHRN et al, 2014).

A enfermagem precisa tomar posse e reconhecer que seu trabalho é imprescindível no cuidado à pessoa, tornando viável a implementação das tecnologias do cuidado, com a busca de inovações, com uma visão crítica sobre o fazer com a possibilidade de tornar possível uma transformação da realidade cotidiana (THOFEHRN et al, 2014; SALVADOR et al, 2013).

Assim, possibilita maior visibilidade desses profissionais, que por diversas vezes não são reconhecidos nas suas atividades cotidianas, melhorando sua qualidade de vida e satisfação pessoal (THOFEHRN et al, 2014).

2.4 Necessidades dos enfermeiros quanto à assistência em saúde mental na atenção básica

Na atenção básica, há necessidade de uma política pública para a definição de intervenções e estratégias de promoção em saúde mental que favoreçam a consolidação das propostas de educação permanente na área e a valorização do

trabalho dos enfermeiros, bem como dos outros profissionais de saúde (GONÇALVES et al, 2013).

Além disto, o caminho através da incorporação da atenção à saúde mental na rede básica carece contar também com suporte de equipes atuantes e solidárias no repasse e intercâmbio de conhecimentos e tecnologias de intervenção para que todos os profissionais na rede básica possam lidar com as dificuldades emocionais que este enfrentamento traz (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

As ações de enfermagem devem compreender as fragilidades da pessoa assistida, pois, a partir de sua identificação é que o cuidado será direcionado às necessidades de cada um (BESERRA et al, 2014).

Em se tratando do cuidado, ele ocorre num processo que envolve a relação entre dois seres humanos: de um ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico e disponível para o cuidado efetivo e de outro ser que está carecendo de ajuda (BESERRA et al, 2014). Assim sendo, existe uma reciprocidade, uma troca entre cuidador e ser cuidado.

Díaz-Martín e Paredes (2013) afirmam em seu estudo que há uma dificuldade em identificar problemas relacionados a questões de saúde mental e, por isso, exige-se uma avaliação holística do indivíduo e a valorização por padrões funcionais.

Enfermeiros apontam falha na assistência de saúde mental, pela ausência de projeto terapêutico específico para o atendimento/acolhimento e acompanhamento. Também mostram a necessidade de educação permanente e continuada no âmbito da saúde mental para ampliar a clínica na lógica da integralidade das ações na atenção básica, bem como capacitação da equipe de saúde (SOUZA; LUIS, 2012).

A literatura mostra ainda que é necessário investir numa formação de cuidados de saúde primários em saúde mental com foco na avaliação clínica (LYNCH; ASKEW; MITCHELL, 2012) com intuito de obter profissionais mais qualificados para trabalharem na área.

2.5. Fluxograma no cuidado de enfermagem

Fluxogramas de diversas formas estão sendo criados por enfermeiros com abordagens em variadas áreas para a tomada de decisões nas suas práticas.

A saúde mental e a atenção básica seguem eixos comuns, assim os fluxogramas destinados a essa área precisam atender a tais eixos. Desta forma, os princípios, que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto as da atenção básica, estão pautados em algumas noções e conceitos como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos e integralidade do cuidado (SOUZA; RIVEIRA, 2010).

Quanto ao fluxograma voltado para atender às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico não foi encontrado na literatura, o que se encontrou foi voltado especificamente para transtorno mental e outras áreas que não a saúde mental.

Fluxogramas possibilitam uma visão nítida sobre os fluxos em curso no momento da produção da assistência à saúde e contribuem positivamente com o processo administrativo-organizacional (NASCIMENTO, 2013; SILVA et al, 2012) .

Em meio ao dinamismo das ações em saúde e os movimentos sociais a favor da ampliação da assistência, os fluxogramas podem sofrer alterações a depender do tipo de gestão e dos sistemas administrativos (NASCIMENTO, 2013).

Uma melhora na assistência de pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica pode estar associada a um fluxograma de atendimento. Este pode ser definido como um diagrama utilizado para desenhar todas as etapas do processo de trabalho, a partir da trajetória da pessoa atendida no serviço, como: a entrada ou saída do processo de produção de serviços; os momentos de decisão para a continuidade do trabalho e o momento de intervenção, ação sobre o processo (VIRGOLINO et al, 2013; NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Trata-se do suporte relacionado ao tema principal, além de assuntos correlatados, de modo a amparar a elaboração, o desenvolvimento e os resultados obtidos.

Neste capítulo, foram intitulados os subcapítulos, sequencialmente, da seguinte forma: tomada de decisão e sofrimento psíquico.

3.1 Tomada de decisão

Tomar decisões é uma característica peculiar do ser, pertencente à espécie homo sapiens – o homem sábio tem capacidade de resolver problemas (ADAIR, 2007). No século XX, a prática decisória foi valorizada, estudada e esquematizada para organizações militares (CORRÊA, 2012; BUCHANAN; O´COONELL, 2006).

A tomada de decisão envolve o raciocínio, sendo, portanto, eficaz quando baseada em processos cientificamente adequados para esse fim. O processo decisório, entendido como desdobramento operacional da tomada de decisão, depende das características pessoais da força de trabalho envolvidas nesse processo de situação em que se apresentam (CHIAVENATO, 2011).

O processo de tomada de decisão pressupõe o conhecimento e a execução de sete etapas: 1) percepção da situação que envolve o problema; 2) análise e definição do problema; 3) definição dos objetivos; 4) procura de alternativas de solução; 5) escolha ou seleção de alternativas mais adequadas ao alcance dos objetivos; 6) avaliação e comparação dessas alternativas; 7) aplicação da alternativa escolhida (CHIAVENATO, 2011; LACOMBE; HIELBORN, 2003).

No processo decisório, segundo Chiavenato (2011), existem os seguintes elementos comuns:

- tomador de decisão – é a pessoa que faz uma escolha entre várias alternativas comuns;
- objetivo – o que se pretende alcançar com a escolha feita;
- preferências – critérios que o tomador de decisão usa para fazer sua escolha;

- estratégia – plano traçado por recursos disponíveis do tomador de decisão;
- situações – aspectos ambientais, muitos dos quais fora do controle do tomador de decisão;
- resultado – consequência da estratégia seguida.

A tomada de decisão pode ser definida como a escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir um determinado resultado, sendo feita com conhecimento, racionalidade, competência e consciência para resultar no alcance do objetivo esperado. Trata-se de um processo que se inicia a partir da percepção de que algo fora da normalidade está acontecendo, mas nem sempre o problema está bem delimitado, exigindo do profissional que faça uma análise do problema para qualificar suas decisões (MASSAROLO; FERMINADES, 2010; CIAMPONE; MELLEIRO, 2005; MARQUIS; HUSTON, 2005).

O enfermeiro se depara com situações diversas que exigem conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes, precisas e imparciais para uma tomada de decisão e, ainda, que esteja em consonância com os valores pessoais, éticos e institucionais (CIAMPONE; MELEIRO, 2010).

Ao tomar decisões, o enfermeiro precisa conhecer as características do surgimento dos problemas, avaliando e decidindo por meio de dados ou informações quais serão as melhores escolhas. Segundo Oliveira (2004), os dados são valores que por si só não têm significado, porém, quando estruturados e comparados a outros dados, geram informações importantes, que facilitam a decisão.

Na ação administrativa, surgem dilemas éticos que podem ser entendidos como a necessidade de escolha entre duas ou mais alternativas, igualmente desejáveis ou indesejáveis, requerendo, para isso, reflexão, ponderação e discussão (MASSAROLO; FERMINADES, 2010).

Para tais, não existem respostas prontas, condutas pré-estabelecidas ou valores absolutos, fazendo com que as decisões sejam tomadas mediante a análise de cada situação (MASSAROLO; FERNANDES, 2010). Assim sendo, o fluxograma proposto visa apoiar o enfermeiro na tomada de decisão e, portanto, não implica a ser imperioso.

As tomadas de decisões baseadas em empirismo, intuição ou criatividade são tidas como as mais corretas pelo senso comum, por outro lado, os modelos de decisão são ferramentas criadas de modo científico e estes aumentam

matematicamente as chances de acerto, conferindo ao profissional maior segurança em suas decisões (CORREIA; SILVA; LIMA NETO, 2013; CHIAVENATO, 2011).

Boa parte dos erros cometidos nos processos decisórias ocorre devido a falhas de informação ou de formação. Portanto, são cometidos porque os profissionais não estão devidamente preparados para analisar as situações complexas, para fazer escolhas e tomar decisões de modo a percorrer todas as alternativas possíveis para resolução de problemas (MASSAROLO; FERNANDES, 2010).

3.2 Sofrimento psíquico

As profundas transformações socioculturais que estão ocorrendo no mundo incidem inevitavelmente sobre o campo das subjetividades, cujo impacto pode acarretar novas configurações subjetivas, modalidades de sofrimento psíquico e demandas clínicas. Observa-se uma condição contemporânea na qual é possível identificar grande sofrimento humano devido às condições singulares do mundo atual (CAMBUÍ; NEME, 2014).

O sofrimento está na origem da condição humana, quando o ser se confronta com a angústia de sua finitude. Buscar uma definição adequada para descrevê-lo não é uma tarefa sutil. É necessário utilizar diversas visões para refletir sobre este fenômeno complexo (BESERRA et al 2014).

O sofrimento, conforme Dejours (1996), é como o espaço de luta que cobre o campo situado entre o bem-estar e a doença mental. O sofrimento mental pode ser concebido como a experiência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem estar) psíquico (SILVA DE PAULA et al, 2012; DEJOURS, 1996).

O sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que se revelará em manifestações particulares a cada um e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente. Além disso, compreendemos as doenças mentais – nos casos em que possam receber tal denominação – muitas vezes caracterizam-

se como doenças crônicas, ou seja, como algo com que o sujeito precisará conviver ao longo da vida, como é o caso de diabetes ou doenças degenerativas (BRASIL, 2013).

O profissional deve refletir sobre as vulnerabilidades humanas, pois, no reconhecimento desse fenômeno e das suas relações com o sofrimento é que será possível cuidar do ser em sofrimento de maneira integral.

Conforme Beserra e colaboradores (2014), sofrer biológico refere-se a uma dimensão física e a dor indica que algo precisa ser revisto. O sofrer na dimensão psíquica, muitas vezes, se relaciona com o biológico. Outro sofrer é o espiritual, agregado ao questionamento de sua identidade e à busca de respostas (BESERRA et al 2014).

O sofrimento é inerente à vida. Mesmo na ausência de doença, ele acompanha o ser humano em toda sua jornada e depende de cada um a forma como é vivenciado, como se apresenta e se manifesta (BESERRA et al 2014).

A enfermagem não pode negligenciar o sofrimento, temos que romper a tendência de cuidar em concentrar somente nos sintomas físicos, como se fossem a raiz única de angústias para o ser humano. Assim, na relação de cuidado, têm de serem valorizados aspectos importantes, como o diálogo, a escuta, a sensibilidade, a ternura, a empatia, porque o ser humano é um ser em busca de sentido. Essas são condições necessárias (BESERRA et al, 2014).

Não é tarefa simples compreender a existência do sofrimento, mas é necessário que se consiga compreender a dinâmica de se viver com ele, pois, caso contrário, pode se tornar um castigo ou uma punição e, como comumente não é uma manifestação permanente, é preciso saber lidar com este sentimento, tão particular para cada ser que sofre (BESERRA et al, 2014).

Segundo Gradella Junior (2010), a expressão do sofrimento psíquico não é produto de uma natureza idealizada, mas sim das formas concretas de existência na sociedade.

Gardella Junior (2010), ao realizar estudo associando sofrimento psíquico e trabalho intelectual, afirma que sofrimento psíquico não é a patologia caracterizada, mas sim a descompensação provocada pela organização do trabalho, provocando angústias, ansiedades, medos, frustrações, infelicidade, impossibilitando o indivíduo de se apropriar das objetivações necessárias para a realização de sua atividade em direção à atividade humano-genérica.

Assim, o enfermeiro precisa estar atento para as várias características da pessoa que está atendendo, observando e questionando sempre que necessário e possível. Visto que o sofrimento não é alheio à vida humana, mas está completamente presente nela ainda que sob formas e modalidades muito distintas; ele é uma vivência que acompanha a vida humana em toda sua trajetória doente ou não. O homem sofre precisamente porque é vulnerável e, quando sofre ou quando está doente, percebe de modo evidente sua extrema vulnerabilidade e heteronímia (BESERRA et al, 2014).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo de natureza aplicada, que enfatiza a descoberta de soluções de problemas existentes na prática de enfermagem (POLIT; BECK, 2011).

Este estudo ocorreu em duas fases, a saber:

4.1.1 FASE I

Nesta fase, o estudo pôde ser caracterizado nos seguintes aspectos: abordagem, tipos de estudos e meios de investigação.

Quanto à abordagem, optou-se pela forma qualitativa, visto que considera uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2014).

Quanto aos tipos de estudos utilizados para atender os objetivos desta fase, foram descritivo e exploratório.

Em estudos descritivos, os pesquisadores observam, contam, esboçam, elucidam e classificam, com descrição das dimensões, variações e importância dos fenômenos (POLIT; BECK, 2011).

Assim como o estudo descritivo, o exploratório começa com um fenômeno, no entanto, além de observar e descrever esse fenômeno, os pesquisadores investigam sua natureza, o modo como se manifestam e outros fatores relacionados, inclusive fatores que talvez sejam sua causa. Destina-se a desvendar os vários modos pelos quais o fenômeno se manifesta (POLIT; BECK, 2011).

Quanto aos meios de investigação utilizados para a obtenção de dados, foram adotados estudos de campo e bibliográfico.

O estudo de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, que a rigor não poderia ser pensada sem ele (POLIT; BECK, 2011). O campo da pesquisa social não é transparente e tanto o pesquisador como os seus

interlocutores e observados interferem dinamicamente no conhecimento da realidade (POLIT; BECK, 2011).

O estudo bibliográfico é sistematizado e desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais e redes eletrônicas, isto é material acessível ao público em geral, com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto (GIL, 2010; VERGARA, 2008).

Para descobrir a existência de estudos científicos referentes ao foco do estudo, utilizou-se uma revisão integrativa, que por sua vez permite sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

4.1.2 FASE II

Nesta fase, desenvolveu-se o estudo metodológico com elaboração do fluxograma de apoio à tomada de decisão do enfermeiro.

A pesquisa metodológica, segundo Polit e Beck (2011), envolve investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). Saliencia-se que no presente estudo, realizou-se apenas a etapa desenvolvimento do fluxograma, incluindo a consulta da mesma pelos especialistas, e quanto às seguintes etapas (validação e avaliação) serão realizadas em estudo futuro.

Para a elaboração do fluxograma proposto foram inseridos dados obtidos na FASE I, emergidos dos artigos analisados na revisão integrativa e das categorias advindas das entrevistas.

4.2 Cenário do estudo

Integraram o estudo 16 unidades de saúde da atenção básica do município de Maceió, que possui, atualmente, oito Distritos Sanitários de Saúde (DSS), como mostra a figura 1.

UBS e um atuante em USF, perfazendo um total de oito enfermeiros de unidade básica e oito de saúde da família.

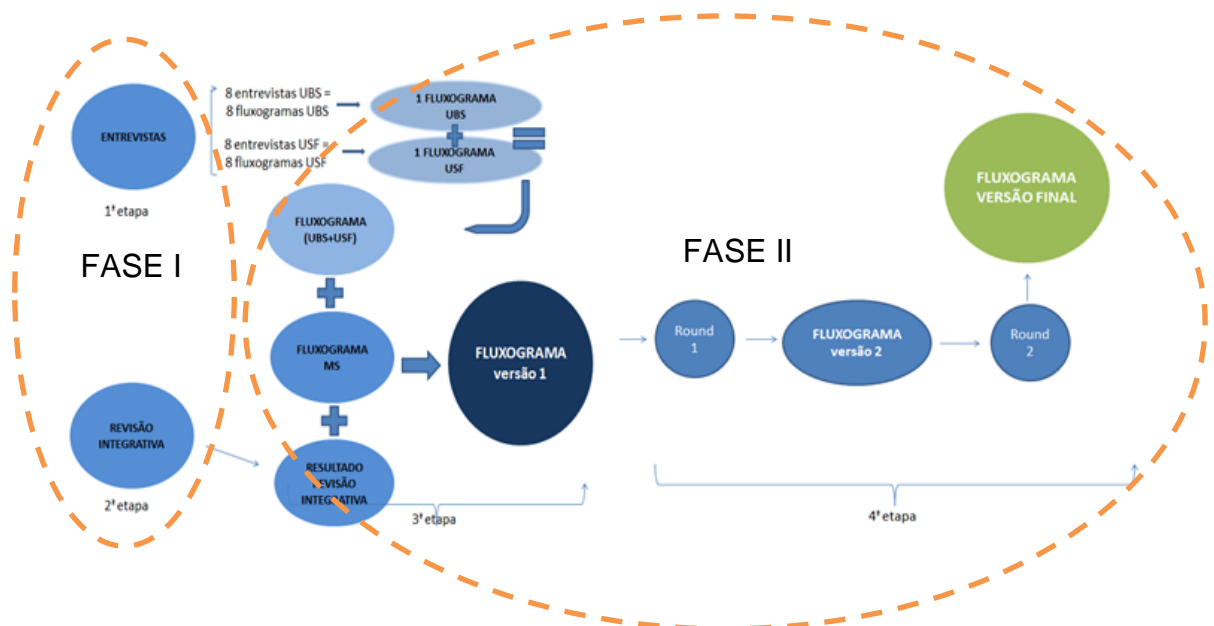
Foram incluídos no estudo os enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuantes em UBS ou em USF e que aceitaram participar voluntariamente da entrevista mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). E foram excluídos do estudo aqueles que estiveram dentro dos seguintes critérios: a recusa de participação no estudo, enfermeiros de férias, afastados ou de licença maternidade no momento da coleta de dados e os demais profissionais de enfermagem (técnicos e auxiliares).

Os ambientes onde foram realizados os recrutamentos e as entrevistas dos participantes foram salas reservadas, com a presença exclusiva do enfermeiro.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi desenvolvida em quatro etapas, que por sua vez, foram divididas entre as duas fases do estudo. Ressalta-se que o delineamento da pesquisa seguiu uma ordem e, por isso, as etapas foram descritas conforme a sequência de execução.

As etapas de coleta de dados utilizadas para elaboração do fluxograma proposto podem ser sintetizadas na figura 2 para melhor elucidação.



Fonte: autora, 2016.

Figura 2. Síntese das etapas de coleta de dados inseridas nas fases do estudo. Maceió, 2016.

4.4.1 Etapas FASE I

Nesta fase, o estudo foi delineado seguindo as duas primeiras etapas da coleta de dados, ambas com o intuito de identificar e analisar os componentes necessários para a elaboração do fluxograma, a saber:

4.4.1.1 Primeira etapa: Estudo de campo

A primeira etapa desenvolveu-se através do estudo de campo, onde foi utilizada como técnica para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, com um roteiro apropriado e empregado pelo pesquisador (MINAYO, 2014). Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta, como também é denominada, facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão descobertos na conversa (MINAYO, 2014).

Para organizar as visitas nas unidades, foi elaborada uma lista de agendamento (Apêndice B), preenchida conforme as disponibilidades de horários dos enfermeiros. Os contatos estabelecidos antes da visita foram realizados através de ligações telefônicas, os demais contatos foram efetuados pessoalmente na unidade.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2015. Os participantes que aceitaram o convite foram entrevistados em salas reservadas, com intuito de disponibilizar um ambiente propício para realização das entrevistas, onde foi esclarecido o objetivo do estudo e, em seguida, assinado o TCLE.

O início das entrevistas ocorreu após o consentimento do enfermeiro e foram realizadas no local e no horário de trabalho previamente acordado com os profissionais.

As entrevistas foram realizadas seguindo um roteiro semiestruturado (Apêndice C) composto por duas partes: a primeira, com identificação e dados de caracterização dos participantes e a segunda, com questões abertas relacionadas à compreensão da concepção, identificação e conduta dos enfermeiros diante de pessoas em sofrimento psíquico. Partindo de uma questão disparadora “Quando chega um paciente em sofrimento mental na unidade, o que você faz?”

A entrevista, segundo Minayo (2014), é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo e é destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

Em média, cada entrevista durou de 10 a 30 minutos e o instrumento utilizado para gravar as entrevistas foi um aparelho celular da marca Iphone 6. Em seguida, os depoimentos coletados foram transcritos na íntegra, com fidedignidade aos discursos proferidos, e as gravações destruídas imediatamente, preservando a identidade dos entrevistados. Em seguida, as transcrições foram impressas e disponibilizadas para apreciação dos enfermeiros participantes, que as validaram através de um documento de declaração de validação de entrevista (Apêndice D), que ocorreram nos meses de julho e agosto de 2015.

Com os dados obtidos nesta etapa, foi realizada análise dos depoimentos e organização das categorias temáticas. Após a categorização, foi possível levantar itens necessários para compor a elaboração da ferramenta de apoio à tomada de decisão proposta neste estudo.

4.4.1.2 Segunda etapa: Revisão integrativa

Concomitantemente a etapa anterior, percorreu-se a segunda, com realização de revisão integrativa da literatura para levantamento de dados. Adquiriu-se na revisão informações sobre: 1) a existência de ferramentas/estratégias de apoio à tomada de decisão, utilizados por enfermeiros da atenção básica, diante da assistência de pessoas em sofrimento psíquico; 2) as necessidades dos enfermeiros da atenção básica para identificar e conduzir pessoas em sofrimento psíquico.

A partir do alcance das informações, foram separados itens referentes às ações do enfermeiro, voltadas para a pessoa em sofrimento psíquico, para compor o fluxograma. Salienta-se que o sofrimento psíquico que se buscou nas revisões foi referente ao sofrimento de uma forma ampla, mas que não esteja ligada a doença, ou seja, um sofrimento que todos os humanos estão suscetíveis a sentir.

Para o desenvolvimento desta revisão, foram estabelecidos passos necessários para a busca de evidências sobre a temática estudada, pautados no rigor metodológico:

1º) definição do problema para formação da questão norteadora, estabelecimento dos descritores e organização da estratégia de busca através da utilização da estratégia PICO;

2º) definição dos critérios de inclusão e de exclusão;

3º) busca nas publicações científicas;

4º) análise dos estudos selecionados;

5º) síntese dos dados e apresentação dos resultados.

A estratégia PICO foi escolhida porque promove uma melhor elaboração da questão norteadora, bem como pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas de diversas áreas do conhecimento, especialmente da área da saúde.

Uma questão de pesquisa bem elaborada maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, concentra no objetivo da pesquisa e evita buscas desnecessárias (SPAGNUOLO, 2014; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; WATT E GULY, 2002). Para a elaboração da questão de pesquisa é necessário compreender o que cada acrônimo do PICO representa, portanto se encontra exposto no quadro 2 a definição e a descrição desse componentes.

Quadro 2. Componentes da estratégia PICO. Maceió, 2016.

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
P	Problema ou paciente	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde. Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde.
I	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos.
C	Controle	Definida como uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	Desfecho (outcomes)	Resultado esperado.

Fonte: Stone, 2002.

A revisão realizada teve como objetivo identificar a produção científica existente sobre ferramentas utilizadas por enfermeiros como estratégias para assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

As buscas foram realizadas nos idiomas português, inglês e espanhol, por meio da combinação final de termos, sendo eles padronizados pelos Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Heading Database (MeSH) e por termos não padronizados (sinônimos). Os termos foram combinados com auxílio dos operadores booleanos “OR” e “AND” formando a estratégia de busca final.

Definiu-se inicialmente a descrição de cada acrônimo de acordo com o escopo estabelecido e a partir desta foi possível extrair termos e organizá-los numa combinação individual. Em seguida, as combinações de cada acrônimo foram cruzadas, unindo todos os termos e formando a estratégia de busca final. O quadro 3 mostra a descrição e a combinação dos termos estabelecidos na busca.

Quadro 3. Descrição e combinação da estratégia PICO. Maceió, 2015.

Acrônimo	Definição	Descrição	Combinação
P	População	Enfermeiros da atenção básica de saúde	enfermeiros OR enfermeiras OR enfermagem AND tomada de decisões
I	Intervenção	Tomada de decisão segura no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico	estresse psicológico OR sofrimento psíquico OR Estresse da vida OR Estresse relacionado a aspectos da vida OR Angustia OR estresse emocional
C	Controle ou comparação	Componente não utilizado, por não pretender realizar comparações entre procedimentos	_____
O	Outcomes (Desfecho)	Instrumentos ou ferramentas disponíveis ou existentes	Instrumentos OR ferramentas
Estratégia final PICO			P: enfermeiros OR enfermeiras OR enfermagem AND tomada de decisões AND I: estresse psicológico OR sofrimento psíquico OR Estresse da vida OR Estresse relacionado a aspectos da vida OR Angustia OR estresse emocional AND O: Instrumentos OR ferramentas

Fonte: autora, 2015.

A partir desta estratégia, foi permitida a formulação da seguinte questão norteadora: quais as ferramentas existentes e utilizadas por enfermeiros na atenção básica como estratégias de auxílio na assistência à pessoa em sofrimento psíquico?

A busca foi realizada entre os meses de junho a setembro de 2015, através do acesso on-line às bases de dados, seguindo os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, gerando uma amostra final constituída por 12 artigos.

Para análise dos dados, foi construída, no programa *Microsoft Office Excel 2010 for Windows*, um quadro sinóptico (Apêndice E) contendo as seguintes variáveis: base de dados, nome do periódico, ano de publicação, título do artigo, autores, local do estudo, delineamento do estudo, local que foi desenvolvido, as ferramentas de tomada de decisão utilizadas, objetivo do estudo e conclusão.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol e português; nas referidas bases de dados; no período de 2000 a 2015, que retratassem as ferramentas utilizadas por enfermeiros diante da assistência à pessoa em sofrimento psíquico e que abordassem o sofrimento psíquico como algo inerente a vida dos homens. Quanto aos critérios de exclusão: publicações em formato editorial, tese, dissertações; e que retratassem o sofrimento como transtorno mental, bem como artigos que não abordassem a temática proposta.

A busca por produções científicas abordando a temática de interesse foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Scientific Electronic Library Online (SciELO), o Medcal Literary Analysis and Retrieval System Online (Medline), Science Direct, Web Of Science, Pubmed e Scopus, nas linguagens português, inglês e espanhol. Na base Pubmed, utilizou-se o próprio site (figura 2) para a busca da estratégia <http://pubmedhh.nlm.nih.gov/nlmd/pico/piconew.php>.

Search MEDLINE/PubMed via PICO with Spelling Checker

Patient, Intervention, Comparison, Outcome
go.usa.gov/xFn

Patient/Problem:

Medical condition:

Intervention:

(therapy, diagnostic test, etc.)

Compare to:

(same as above, optional):

Outcome:

(optional)

Select Publication type:

Not specified ▼

Submit

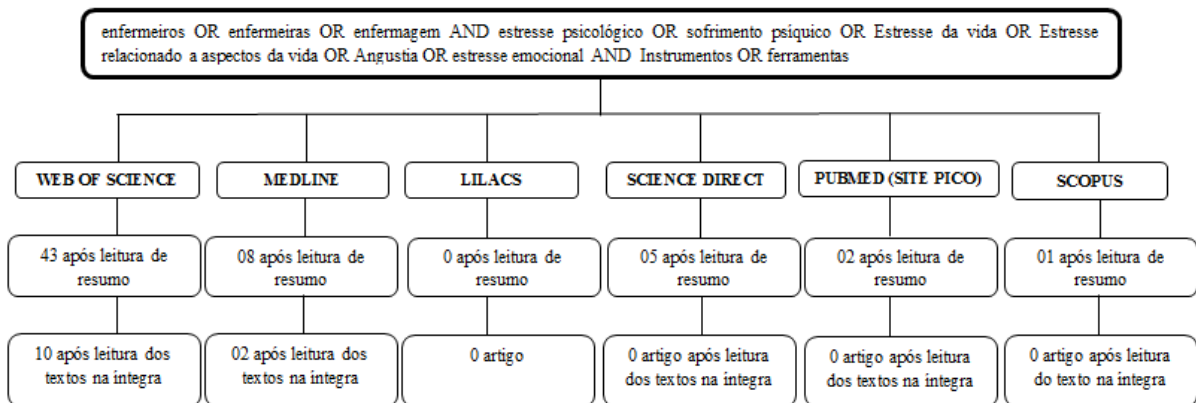
Clear

[\[Home\]](#)

Fonte: Site Pubmed PICO, 2015.

Figura 3. Página de acesso do Pubmed para busca de publicações científicas através da estratégia PICO. Maceió, 2015.

Compôs esta etapa uma amostra final de 12 artigos científicos, exposta na figura 4 a seleção nas bases de dados estabelecidas.



Fonte: autora, 2015.

Figura 4. Seleção dos artigos por estratégia de busca nas bases de dados. Maceió, 2015.

Através desta revisão, foi possível corroborar a importância de elaborar uma ferramenta de apoio à tomada de decisão para a assistência de enfermeiros, atuantes em UBS e em USF, a fim de apoiar o encaminhamento/condução de pessoas em sofrimento psíquico.

4.4.3 Etapas FASE II

Terceira e quarta etapas da coleta de dados trataram-se sobre a elaboração e aprimoramento do fluxograma proposto, a saber:

4.4.3.1 Terceira etapa: Elaboração do fluxograma

Após a identificação dos itens fundamentais para composição do fluxograma, obtidos nas etapas anteriores, a terceira etapa percorrida foi a de elaboração da ferramenta.

Com base em cada entrevista realizada na primeira etapa, foram elaborados fluxos individuais referentes à assistência a pessoas em sofrimento psíquico. Portanto, foram elaborados 16 fluxos individuais, sendo oito fluxos de UBS e oito fluxos de USF e, a partir deles, as informações obtidas foram consolidadas por tipo de serviço, surgindo dois fluxos específicos, um apenas de UBS e outro de USF. Em

seguida, os dois fluxogramas específicos foram agregados formando o fluxograma geral.

Após a conclusão do fluxograma geral, iniciou-se a elaboração da primeira versão do fluxograma proposto, que teve como alicerce o fluxograma de atendimento da demanda espontânea do Ministério da Saúde (MS) divulgado no caderno nº 28 de 2012.

Em suma, afirma-se que as fontes utilizadas na elaboração do fluxograma proposto foram: revisão integrativa, fluxograma geral e fluxograma do MS. Ao obter a associação dessas três fontes, chegou-se ao resultado parcial do produto que é a primeira versão do fluxograma.

Portanto, o fluxograma preparado nesta etapa não é ainda o fluxograma final, por tratar-se da versão inicial, na qual se encontram os itens a serem complementados e aprimorados em etapa seguinte.









Salienta-se que a elaboração da ferramenta proposta foi fundamentada à luz do referencial fluxograma analisador de Merhy.

4.4.3.1.1 Fluxograma analisador

O fluxograma é a representação gráfica do percurso do atendimento, que interroga o processo de trabalho, isto é, busca compreender como o trabalho está organizado no serviço de saúde, ao mesmo tempo em que aponta os problemas verificados no processo de cuidado à pessoa que sofre (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011). Neste estudo, o fluxograma teve como foco o encaminhamento/condução do enfermeiro da atenção básica, UBS e USF, diante da assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

Os fluxogramas, também conhecidos como diagrama de blocos, empregam formas geométricas para indicar a sequência dos passos e decisões a serem executadas para a resolução dos problemas. Eles são constituídos por caixas e setas que indicam o fluxo das ações e devem ser construídos respeitando os padrões das formas geométricas (TEXERA; SILVA; MUNIZ, 2013). Cada forma geométrica indica uma determinada ação, como mostra o quadro 4.

Quadro 4. Representação esquemática das formas geométricas que compõem um diagrama. Maceió, 2015.

	Início e fim do fluxograma.
	Execução de ações ou operações (processamento).
	Ponto de decisão, escolha de uma sequência de instruções.
	Entrada de dados.
	Saída de dados ou mensagens.
	Preparação para o processamento.
	Conector de partes do fluxograma dentro de uma mesma página.
	Seta de orientação do fluxo.

Fonte: Texera; Silva; Muniz, 2013.

Diante do processo de construção desses fluxogramas, é possível detectar os ruídos e nós críticos que se estabelecem no cotidiano do serviço (MERHY; ONOCKO, 1997).

Na elaboração do fluxograma proposto, utilizou-se o tipo analisador para estabelecer o passo a passo da assistência do enfermeiro quanto à conduta diante de pessoas em sofrimento psíquico. Pois o fluxograma analisador se constitui num instrumento de análise, que interroga os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-los (TABILE et al, 2015; MERHY; ONOCKO, 1997). Desta forma, seguiu-se análise conforme o fluxograma analisador.

4.4.4 Quarta etapa: Aprimoramento e finalização do fluxograma

Posteriormente, seguiu-se à etapa de aplicação do Método Delphi com escopo de aprimorar a ferramenta elaborada. O método é destinado à dedução e

refinamento de opiniões de um grupo de pessoas experts (especialistas, juízes ou peritos, participantes, respondentes ou painelistas), com anonimato dos mesmos e realização de rodadas do questionário até que as divergências de opiniões entre eles tenham se reduzido a um nível satisfatório (SCARPARO et al, 2012; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Empregou-se, nesta pesquisa, o método Delphi modificado, no qual o primeiro questionário conta com itens pré-selecionados, extraídos de outras fontes. Afirma-se que, se forem fornecidos aos especialistas itens pré-selecionados, é necessário um número menor de rodadas para obtenção do consenso (RIDEOUT et al, 2013).

A seleção dos especialistas ocorreu tendo como base o conceito de especialista numa perspectiva ampliada, incluindo desde a *expertise* acadêmica até profissionais cujas vivências são significativas para a questão em foco (DESLANDES et al, 2011). Os especialistas participantes desta etapa desempenharam o papel de consultores e contribuíram com sugestões para ajustes nas versões produzidas da ferramenta.

Em relação à quantidade de especialistas para composição do grupo Delphi, não há moldes pré-definidos para proporcionar a representatividade, porque essa quantidade depende do escopo e contexto da pesquisa (POWELL, 2003; VERGARA, 2008; SCARPARO et al, 2012; MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013) e de fatores extrínsecos ao pesquisador, como, por exemplo, a disponibilidade de especialistas para participar (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

Consideraram-se como critérios de inclusão para a composição do painel de especialistas: enfermeiros com experiência mínima de dois anos na assistência direta ao paciente, ensino e/ou pesquisa na área de saúde mental e que aceitem participar do estudo mediante assinatura do TCLE (Apêndice F). E como critérios de exclusão: recusa de participação, enfermeiros de férias, afastados ou de licença maternidade no momento da aplicação do método e demais profissionais de enfermagem (técnicos e auxiliares).

Os especialistas foram contatados por telefone para que se pudesse explicá-los sobre o estudo e convidá-los a fazerem parte dele. Àqueles que se colocaram disponíveis a participar da atividade, foi acordado horário e local para assinatura do TCLE e aplicação do primeiro questionário, primeira rodada do método Delphi, conforme a disponibilidade do profissional, sendo iniciada em dezembro de 2015.

Quanto à adesão de participação dos especialistas, seis foram convidados, quatro atuantes na área docente e assistencial e dois discentes na área, sendo um deles excluído por estar de licença à maternidade no período da aplicação do método Delphi, portanto, participaram cinco enfermeiros. Desses, três possuíam mestrado completo, um mestrado em conclusão e outro pós-graduação em enfermagem.

A fim de aprimorar a ferramenta elaborada, foi solicitado aos especialistas que realizassem consulta do fluxograma, concomitantemente, com o preenchimento do instrumento de avaliação (Apêndice G – versão I e Apêndice H – versão II), baseado no Modelo de Likert (1976), assinalando sua concordância através de um ranking ordinal (1 – discordo totalmente; 2 – discordo parcialmente; 3 – indiferente; 4 – concordo parcialmente; 5 – concordo totalmente). No questionário, também foi fornecido um espaço, parecer do juiz, para justificativas referentes aos itens elencados e para sugestões de novos itens que os especialistas julgassem necessários.

Salienta-se que, em todas as rodadas, os especialistas responderam individualmente aos questionários, com garantia de anonimato de suas identidades e opiniões, com o intuito de evitar influências nas respostas. E o prazo estabelecido de entrega do questionário respondido pelos especialistas foi de 10 dias.

Para facilitar o preenchimento do questionário e associar aos aspectos que se tratavam no fluxograma, as dimensões foram separadas com linhas em amarelo e com letras alfabéticas A, B, C, D, E e F sinalizadas dentro de esferas amarelas no fluxograma. Ademais, as questões foram separadas e organizadas com algarismos romanos seguindo a ordem do fluxograma.

Na primeira rodada, o questionário foi impresso e continha informações pertinentes à dimensão, descrição, indicadores, estrutura e fluxo do fluxograma (versão I).

A partir do retorno dos questionários, as respostas foram analisadas. Os aspectos aceitos no fluxograma versão I, conforme os consensos das respostas ao nível de concordância considerados no estudo, não entraram no questionário seguinte. E os aspectos relacionados às questões em que ocorreram divergências entre as respostas dos especialistas, foram ajustados, conseqüentemente gerou-se uma nova versão do fluxograma (versão II). Também foram adicionadas, nesta versão, sugestões recomendadas pelos especialistas conforme parecer.

Após a elaboração do fluxograma versão II, iniciou-se a segunda rodada do método Delphi, desta vez o novo questionário foi aplicado via online, no qual os especialistas receberam-no em seus e-mails pessoais. As questões abordaram aspectos referentes aos indicadores, estrutura e fluxo. Desta vez, os itens que foram para consulta dos especialistas foram sinalizados no fluxograma com um retângulo amarelo, a fim de facilitar a visualização dos mesmos. Ademais, adaptaram-se as cores das linhas que separam as dimensões e as esferas ficaram em cor vermelha.

A segunda rodada consistiu na última rodada do método Delphi neste estudo, visto que conseguiu-se obter consenso entre as opiniões dos especialistas.

4.5 Análise dos dados

4.5.1 Análise FASE I

Para a análise dos dados obtidos no estudo de campo, optou-se pela Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2014). Este tipo de análise é a forma que melhor atende a investigação qualitativa do material referente à saúde, uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto (Minayo, 2014).

A técnica de Análise de Conteúdo utilizada para atingir o objetivo proposto por este estudo foi a Análise Temática, que é utilizada para temas que comportam um feixe de relações que podem ser representados por meio de uma palavra ou uma frase. Para Minayo (2014), fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença de termos dê significância ao objetivo geral da pesquisa.

Operacionalmente, os passos da Análise Temática, segundo Minayo (2014) desdobram-se em: 1) pré-análise, leitura flutuante, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos; 2) exploração do material ou codificação, busca por encontrar categorias, expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado; e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material. Os resultados brutos são analisados, conforme categorias e referencial teórico utilizado, a fim de permitir interpretações e inferências contextualizadas sobre sua investigação científica (MINAYO, 2014; CAVALCANTE, CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Ao colocar em prática a técnica de Análise Temática, os depoimentos foram analisados e as categorias emergiram. Em seguida, diante da organização das categorias, as informações obtidas foram extraídas para compor o fluxograma geral (associação dos fluxogramas da UBS e da USF).

No que concerne à análise dos dados na revisão integrativa, criou-se um quadro sinóptico como instrumento de pesquisa, que possibilitou a síntese dos estudos selecionados. E tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos

artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão (POLIT; BECK, 2011).

Posteriormente a análise dos artigos selecionados, extraíram-se as estratégias de interesse da revisão integrativa para inclusão das mesmas no fluxograma versão I.

4.5.2 Análise FASE II

Foram realizadas análises dos consensos dos especialistas através dos questionários respondidos por eles mediante consulta dos fluxogramas (versão I e II). Após cada rodada, as sugestões foram analisadas e consideradas com intuito de obter uma versão final aprimorada da ferramenta proposta neste estudo.

Quanto ao nível de consenso, a literatura científica revela que não há uma regra pré-determinada para estabelecê-lo. Assim sendo, definir o nível de consenso é tarefa reservada ao pesquisador, devendo ser arbitrário e decidido antes da análise dos dados coletados, com variações entre 50 e 80% (SCARPARO, 2012; CASTRO; REZENDE, 2009; WILLIAMS; WEBB, 1994).

Portanto, para análise do Delphi, considerou-se o escore de maior frequência obtido por cada item, complementado pela porcentagem de concordância (nível de consenso) entre os especialistas. O índice de corte determinado, neste estudo, para exclusão de itens foi com nível de consenso menor do que 60%.

Desse modo, foi determinado que os itens que obtivessem o escore máximo de concordo totalmente (5), com porcentagem de concordância de 100%, seriam imediatamente aprovados e não passariam por uma nova consulta dos especialistas. E quando fosse obtido escore 5 e nível de concordância maior ou igual a 80%, os itens eram considerados validados.

Quanto aos itens assinalados com escore 5, que obtiveram nível de concordância de 60% e, os itens elegidos com escore entre 4 e 5 e que a soma deles alcançasse um nível de concordância igual ou acima de 60%, comporiam o novo questionário para consulta dos especialistas na segunda rodada. Traçaram-se essas definições tendo em vista que poderiam apresentar falhas quanto a algumas das verificações realizadas, havendo, portanto, a necessidade de passar novamente

pela avaliação dos especialistas para confirmar ou descartar a existência das mesmas. Salienta-se que, para a segunda rodada também foram incluídos no questionário e no fluxograma os itens sugeridos na primeira rodada.

Os itens que obtivessem o escore de maior frequência igual a 3, equivalente ao escore de indiferente, e um nível de consenso de 60%, ou os que obtivessem escores de discordo parcialmente (2) e discordo totalmente (1) de maior frequência, independente de ter alcançado consenso, seriam descartados e, assim, eliminados do fluxograma.

Na segunda rodada, na qual os especialistas responderam o questionário online, adotaram-se os mesmos critérios de análise do Delphi, no entanto, sendo mais flexíveis. Assim, itens que obtivessem escore acima de 3 foram imediatamente aceitos e os demais excluídos, haja vista que o julgamento para cada item representou a opinião do grupo acerca do mesmo e, portanto, a obtenção do consenso final.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo segue as diretrizes contidas na resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O estudo também respeitou os princípios éticos descritos e explicitados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, na Resolução COFEN nº 311/2007, capítulo III - do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, nos artigos 89, 90 e 912 que dizem respeito às responsabilidades e deveres e às proibições (COFEN, 2007).

Foram elaborados dois modelos de TCLE diferentes, um modelo para os enfermeiros das unidades de saúde e o outro para os especialistas (método Delphi). Ambos os modelos, destinados cada qual ao seu grupo alvo, foram impressos em duas vias com informações pertinentes ao estudo, sendo entregue uma via para cada participante.

Preservaram-se a garantia do anonimato e do sigilo da origem das informações, tanto para os entrevistados quanto para os juízes. E se tratando dos entrevistados, foi utilizado o pseudônimo profissional representado pela letra P nas falas, enumerando-o para diferenciar cada participante e, também, foram associadas

às letras B e S para representar e diferenciar, respectivamente, os profissionais dos serviços de UBS e USF.

O presente estudo foi aprovado pela SMS de Maceió (Anexo B) e pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob parecer número 1.026.839 e CAEE número 42975015.4.0000.5013 (Anexo C).

5 RESULTADOS

A exposição dos resultados é apresentada conforme sequência das fases executadas no estudo. Na FASE I, encontram-se os dados obtidos no estudo de campo e na revisão integrativa da literatura. O primeiro originou categorias a partir da análise temática dos depoimentos dos participantes. Através dos dados obtidos, emergiram-se os itens que compuseram a primeira versão do fluxograma; na FASE II, contém o resultado do processo de elaboração do fluxograma de apoio à tomada de decisão para os enfermeiros da atenção básica.

5.1 Estudo de campo - FASE I

Os dados obtidos nas entrevistas permitiram identificar a dinâmica, a conduta e as necessidades dos enfermeiros da atenção básica durante a assistência à pessoa em sofrimento psíquico. Bem como permitiram conhecer a concepção desses profissionais sobre sofrimento e saúde mental, como identificam o sofrimento, quais estratégias e as ações voltadas para esse contexto. A partir dessas informações foi possível extrair dados para compor o fluxograma proposto do estudo.

5.1.1 Caracterização dos participantes

Os dados sociodemográficos dos 16 participantes do estudo encontram-se expostos no quadro 5. A caracterização abrange as seguintes variáveis: sexo, idade, ano de formação e tempo de atuação na atenção básica. Ressalta-se que estas informações foram colocadas juntas em relação aos dois tipos de serviço, ou seja, não foi distinguido se o profissional era atuante na UBS ou na USF.

Quadro 5. Características dos enfermeiros das unidades de saúde. Maceió, 2015.

CARACTERÍSTICAS	N
Sexo	
Feminino	15
Masculino	01
Idade	
25-30 anos	04
31-35 anos	02
36-40 anos	02
41-45 anos	05
45-50 anos	01
50 anos ou +	02
Ano de formação	
1970-1980	01
1981-1990	01
1991-2000	05
2001-2010	09
Tempo de atuação na atenção básica	
01-05 anos	04
06-10 anos	02
11-15 anos	04
16-20 anos	06

Fonte: autora, 2015.

Quanto à pós-graduação dos enfermeiros variaram, conforme expõe o quadro 6, apenas dois dos entrevistados possuíam título de mestre, sete tinham mais de uma especialização, dez tinham uma e um não tinha pós-graduação. Observa-se que nenhum dos participantes tinha especialização na área de saúde mental.

Quadro 6. Quantitativos e tipos de pós-graduação dos participantes. Maceió, 2015. P.1/2.

PÓS-GRADUAÇÃO	N
Saúde pública	08
Saúde da Família	03
Enfermagem do trabalho	02
Obstetrícia	03
Neonatologia	01

(Continua)

(continuação) Quantitativos e tipos de pós-graduação dos participantes. Maceió, 2015. P. 2/2.

PÓS-GRADUAÇÃO	N
Gestão em saúde	04
Educação em saúde para preceptoria do SUS	01
Pneumologia	01

Fonte: autora, 2015.

5.1.2 Categorias

O conteúdo analisado foi agrupado em duas categorias, que por sua vez, desdobraram-se em cinco subcategorias, sendo três referentes à primeira categoria e duas a segunda. Ressalta-se que as categorias e as subcategorias surgiram de acordo com a semelhança de temas, baseando-se na Análise Temática do Conteúdo de Minayo (MINAYO, 2014).

Após cada apresentação das subcategorias, foram expostos itens, separadamente, acerca de estratégias, condutas e conceitos emergidos dos depoimentos. Posteriormente, essas informações foram organizadas em um único quadro para melhor visualização e elucidação sobre itens que foram acrescentados na primeira versão do fluxograma.

5.1.2.1 Categoria 1: Organização do processo de trabalho

Esta categoria tem por finalidade desvelar como está organizado o processo de trabalho do enfermeiro em relação à assistência a pessoa em sofrimento psíquico. Desta forma, encontraram-se enquadradas nesta categoria as subcategorias: dinâmica de atendimento a pessoa em sofrimento, ações do enfermeiro diante de uma pessoa em sofrimento psíquico e dificuldades durante atendimento à pessoa em sofrimento psíquico.

5.1.2.1.1 Dinâmica de atendimento a pessoa em sofrimento psíquico

Quase todos os entrevistados afirmaram encaminhar a pessoa em sofrimento para o atendimento com outro profissional de dentro da unidade ou de outro serviço,

acreditando não ser capaz de atender adequadamente as necessidades daquela pessoa. Encontraram-se afirmações de encaminhamento para psiquiatra, psicólogo CAPS e NASF. Desta forma, o enfermeiro, que poderia agir diante de um sofrimento humano, se afasta do cuidado, prejudicando sua atuação, o espaço de autonomia da enfermagem, bem como o estabelecimento de vínculo. Alguns fragmentos dos depoimentos com relação a esse tipo de conduta podem ser visualizados abaixo:

Normalmente a gente faz um elo com a assistente social quando ela está presente, mas a gente sempre orienta o familiar a procurar um CAPS, aí a gente faz essa ponte, quando a gente consegue ligar. Mas assim, a gente encaminha. Quando a psiquiatra está aqui a gente ainda consegue uma ajuda maior, mas geralmente a gente pede ajuda para o familiar porque aqui não tem estrutura nenhuma para isso. (PB11)

Geralmente a enfermagem não participa, tá? [...] geralmente, ele é direcionado diretamente para o médico, ele não passa pela enfermagem. (PS10)

[...] de imediato, eu tento conversar com o setor de psicologia porque a gente encaminha, normalmente, o paciente para a psicologia, que avalia, pode ser feito o acompanhamento com ela ou com o psiquiatra, se for o caso. (PB5)

[...] a gente conversa com a família, tenta conversar até com o próprio paciente, mas o nosso apoio maior é a família. Agora a gente está com o Nasf, que é o que dá apoio a gente, aí tem psicólogo, tem uma equipe, é o que a gente chama e aí passa o pessoal para dá apoio [...]. (PS12)

No último depoimento acima, o enfermeiro afirma conversar tanto com a pessoa quanto com a família e destaca a importância da família na abordagem, mostrando que a assistência de enfermagem não se limita a pessoa em sofrimento.

O relato abaixo mostra que a primeira intenção do profissional foi encaminhar a pessoa em sofrimento para outro profissional, no entanto ele fez a abordagem de enfermagem. Assim, ele descreve a identificação do problema, do sofrimento, através da escuta, orienta, conversa, ajuda, esclarece questões sobre o problema e faz intervenções pertinentes a sua profissão.

A gente já pensa né em passar para o outro e tal, mas assim tipo eu escutei o que ela tinha para falar e orientei nessa questão dela precisar de uma pessoa, e conversei sobre o assunto, esclareci a questão de que tem gestantes que tem esse problema com a libido, de relação e perguntei como era que estava sendo, namorava antes tinha preliminar esse tipo de coisa, para saber como estava sendo abordagem do esposo né [...] convidei ele para vir, pedi a ela assim para conversar [...] eu esclareci, orientei dentro do meu conhecimento [...] intervenção essa, mais de orientação a respeito do que ela está passando, do que ela está sofrendo, que ela precisava resolver junto com o esposo, angustiada e atrapalhando nas atividades diárias

segundo ela [...] eu fui ter esse esclarecimento, essa conversa de ajudar. (PS8)

Dentro da dinâmica da assistência do enfermeiro, também foi encontrado relato de tentativa de manter-se diante de uma pessoa em sofrimento psíquico e de atendê-la sozinho. Como o depoimento de PB8.

Quando tem essa situação porque eu tento ficar calma, tento entrar em contato com o paciente né, ter uma conexão, tentar fazer ele ficar calmo, conversando né, tentando resolver, dizer que a situação vai se resolver, explicando qual seja o motivo. Se eu ver que eu sozinha não vou conseguir, então eu vou atrás desses profissionais que já tem um preparo melhor, no caso a psicóloga. A psicóloga ou a assistente social. (PB8)

Trabalhar saúde mental na atenção básica é um desafio para os enfermeiros, visto que exige capacitação profissional. Por falta de informação e medo de não saber como manejar a assistência à pessoa que demanda uma necessidade subjetiva, eles recuam de funções que lhes cabem, prejudicando o vínculo entre a pessoa assistida e o profissional, deixando, assim, de promover o cuidado, essência da enfermagem.

Diante das entrevistas realizadas, pontuou-se a dinâmica do enfermeiro na assistência a pessoa em sofrimento psíquico:

- Conversar com a pessoa em sofrimento e a família;
- Orientar, escutar, esclarecer, ajudar;
- Encaminhar ao psiquiatra;
- Encaminhar para o CAPS, NASF;
- Encaminhar ao médico;
- Encaminhar ao psicólogo;
- Buscar apoio com a assistente social.

5.1.2.1.2 Ações do enfermeiro diante de uma pessoa em sofrimento psíquico

Nas entrevistas, foram relatadas ações que os enfermeiros executavam diante de uma pessoa que se encontrava em sofrimento, como: acolhimento, escuta, orientação, conversa, visita e agendamento para próxima consulta. Também é retratado fazer vínculo com a família. Num dos depoimentos, afirma-se que nessas situações de sofrimento o enfermeiro pode realizar intervenções para amenizá-lo. Algumas dessas ações podem ser visualizadas nos depoimentos abaixo:

Faço orientações, converso bastante, sempre marco um retorno para poder vê se melhorou em algum aspecto [...] criar o vínculo com a família daquele, sempre às vezes principalmente é... procuro buscar um membro de uma família que realmente, se tiver um confronto familiar, alguma coisa que afete psicologicamente o paciente, está fazendo esse vínculo com a família. (PB4)

Pode haver intervenção sim. A gente chega a conversar com eles aqui, faz a consulta também com eles, mas assim dependendo da forma que eles estão, se houver necessidade a gente encaminha para o psicólogo, como eu já falei, ou para o psiquiatra. (PB5)

É a questão do acolhimento [...] tentaria acolher a pessoa, ouvir, escutar, dependendo do estado emocional, tentar acalmar para deixar o máximo possível a pessoa equilibrada para então tentar ver. (PB3)

Geralmente eu converso bastante né, tento orientar, ver o caminho que ela possa cuidar daquilo, orientar que ela precisa cuidar daquilo e aí faz o encaminhamento, aí eu marco para medica, já converso a gente vai ali e já fala, como é que equipe né [...] como a gente é do PSF tem essa relação e faz os encaminhamentos e tenta monitorar né para vê se aquela pessoa continua [...] (PS16)

Afirmam também PS12 e PS13 que o enfermeiro pode minimizar o sofrimento da pessoa que chega ao atendimento atrás de resolutividade para o que está sentindo.

No momento que eu vejo aquele adulto com sofrimento que eu pergunto se ele quer conversar e aí em sofrimento leve [...] se você começa a chorar para mim, eu digo quer contar, aí ele desabafa, conversa comigo, se eu puder ajudar, orientar. Tem vez que chega aqui no maior desespero e sai daqui sorrindo, porque eu ajudei para mim isso aí é um sofrimento leve, que eu consegui ajudar, tá? Aí eu já fiz minha parte de enfermagem, mas no momento que eu vejo que precisa de apoio de um psicólogo, que precisa de mais e que eu cheguei do meu limite como enfermeira, aí sim eu encaminho. (PS12)

Procuro conversar com ela, para relaxar né, para tentar amenizar aquela dor que ela está sentindo no momento, aquela angústia aquele sentimento de né. A gente acolhe. (PS13)

A enfermeira é o coração da unidade, a gente é que vai conversar, a gente é que vai acalmar, a gente que vai tentar conduzir, orientar a família da necessidade, também do cuidar e tudo, é a paciência. Tudo é a gente, é porque assim tudo que é muito demorado, que vai levar tempo é a enfermeira, porque você sabe que para sentar com uma pessoa dessa você vai levar muito tempo [...] fazer uma consulta, entender o que está acontecendo, porque tudo aquilo está acontecendo, como vai ajudar essa pessoa, quais os caminhos. Ela confia em você, e porque na maioria das vezes quando ela vem é porque ela confia em você, porque a gente escuta coisas que né [...] a enfermeira contribui, uma vez que ela faz com aquele paciente, tem o vínculo dela. A gente tem um olhar diferenciado do

paciente, do cuidar, de se preocupar [...] a gente tem o papel muito importante nesse processo. (PS16)

Da mesma forma que existem profissionais que conseguem conduzir a consulta frente à pessoa em sofrimento e atender suas necessidades, existem também àqueles que demonstram não ter interesse na área de saúde mental e por isso não se disponibilizam a cuidar dessa pessoa, como se pode constatar nas falas de PB6 e PS10.

Como eu não me identifico [...] primeira coisa é encaminhar [...] não tive uma experiência boa de saúde mental, não gosto, não me identifico, eu encaminho. (PB6)

Geralmente a enfermagem não participa, tá? [...] (PS10)

Após a exposição destes depoimentos, foi possível discriminar com vistas às ações realizadas pelos enfermeiros:

- Orientar (família e pessoa em sofrimento);
- Conversar;
- Consultar;
- Acolher;
- Ouvir;
- Estabelecer vínculo;
- Discutir com a equipe;
- Encaminhar.

5.1.2.1.3 Dificuldades e estratégias para realização da assistência a pessoa em sofrimento psíquico

A maioria dos entrevistados afirmou não apresentar dificuldades para identificar que uma pessoa está em sofrimento psíquico, conforme aos depoimentos de PS16 e PB15.

[...] a gente identifica por eles conversando ou quando a gente chega numa visita, que se depara com alguma situação e a gente percebe as pessoas que vivem em sofrimento. Por conviver no PSF nessa questão do vínculo né, dessas relações a gente consegue identificar. (PS16)

Não é difícil não de identificar. É a questão de você ter um tempo de se colocar no lugar do outro né, do ouvir, sentir, enfim, acho que é por aí. Se não for uma consulta assim de 60 pessoas numa fila, que não dá nem para você olhar para cara, dá para você identificar né, agora se tiver uma fila quilométrica você pode até ver, mas não tem aquele feedback né, de estar ouvindo e ajudando. (PB15)

Os enfermeiros que proferiram dificuldades na identificação, associaram ao pouco conhecimento na área de saúde mental e a carência de um programa de saúde na área que possa investir no preparo desses profissionais para aprimoramento do conhecimento e do atendimento de questões envolvendo o biopsicossocial do ser humano. Também foi proferido sobre o tempo de consulta da enfermagem, que devido à demanda maior para realizar a escuta, exige-se do profissional um período maior para o atendimento.

Sinto muita. Eu acho que é justamente a falta de conhecimento, de informação realmente sobre a saúde mental como um todo né e acho que também o que falta na unidade básica é justamente um direcionamento como um programa, algo do tipo, porque tipo pré-natal tem já o programa, um sistema - o SISPRENATAL [...] tudo que já vai sendo direcionado para que o enfermeiro ou qualquer outro profissional da unidade. E já na saúde mental acho que isso fica um pouco de lado [...] pelo menos aqui na unidade não é trabalhado como programa de tuberculose, que tem toda assistência, todo um aparato, até questão dos testes rápidos, que estão descentralizando, sendo feito na unidade, tem toda a cobrança, tem todo instrumento, tem o sistema para estar alimentando e dessa parte de saúde mental realmente acho que fica a desejar. (PB3)

[...] eu acho que não é muito fácil, é mais fácil quando a pessoa verbaliza que está precisando de ajuda, tipo você está fazendo sua consulta muito rápida, muito focada, muito só na questão do físico e não tem um tempo de dizer, perguntar como a pessoa está na vida cotidiana dela, como ela está conseguindo resolver as coisas [...] às vezes tem pacientes que chegam aqui e querem esse momento e a gente não consegue dá essa resposta, que infelizmente não existe [...]. (PS8)

Alguns dos entrevistados afirmaram não ter dificuldade para identificar uma pessoa que esteja em sofrimento psíquico, mas sim para conduzir, como expõe os depoimentos: “*Em identificar não, mas iniciar algum tipo de abordagem sim, [...] acho que de iniciativa de abordagem inicial mesmo, tratar, poder ajudar*”. (PB2); “*para identificar não, mas para conduzir sim*”. (PB11)

Para poder conduzir, foi afirmado que o enfermeiro precisa estabelecer confiança entre ele e a pessoa assistida: “[...] a gente precisa, criar confiança, que eles confiem em você né para poder conduzir [...]” (PB8)

Através das informações obtidas, foram pontuadas estratégias básicas para abordagem a pessoa em sofrimento psíquico:

- Ouvir;
- Sentir;
- Estabelecer vínculo;
- Estabelecer confiança.

5.1.2.2 Categoria 2: Entendimento sobre sofrimento psíquico

Nesta categoria, abordaram-se as subcategorias: conceitos acerca de sofrimento psíquico e quais os sinais e sintomas do sofrimento.

5.1.2.2.1 Conceito de sofrimento psíquico

Conceituar sofrimento psíquico parece ser uma tarefa difícil para os profissionais que atuam na USF e na UBS. As formas de se fazer referência ao sofrimento psíquico, em linhas gerais, se mostraram em dois contextos: um como sendo algo menos grave ou enraizado do que o transtorno mental e o outro como sendo o próprio transtorno mental.

No primeiro contexto, pode-se ser observado nos depoimentos dos profissionais PB2, PB4, PB7 e PS8:

Sofrimento mental... acho que uma época da vida... um momento na vida da pessoa, que ela esta passando por um problema ou dificuldade é... algum desentendimento alguma coisa que vai desencadear esse sofrimento né! (PB2)

[...] com angústia, angústias com históricos familiares conturbados, com estresse do dia a dia, com vários fatores que influenciam na qualidade de vida, nos fatores psicossociais. (PB4)

[...] a pessoa pode estar em sofrimento, mas não ter uma doença instalada e desenvolver por stress ou por alguma situação e entrar em sofrimento mental. (PB7)

[...] quando a pessoa tá sem conseguir resolver algum problema às vezes simples ou complicado que tá sofrendo, que tá demonstrando através das pressões, na sua própria fala e não tá conseguindo e às vezes eles vêm pedindo ajuda [...]. (PS8)

Um dos entrevistados afirmou não saber dizer a diferença, mas confirmou que existe. No segundo contexto, os entrevistados associaram o sofrimento psíquico à doença/transtorno mental, usando termos como depressão e esquizofrenia.

Em um depoimento, foi colocado o sofrimento como algo que está a caminho do transtorno. [...] *o sofrimento ainda está a caminho do transtorno, eu acredito*”.

(PB15)

[...] sofrimento mental assim para mim é quando a pessoa já está fora de controle, fora do equilíbrio ou algum transtorno descompensado ou uma depressão profunda, alguma coisa fora do controle. (PB11)

[...] transtorno seria uma patologia mental, tipo uma esquizofrenia, eu só não vou saber dar o diagnóstico, mas seria algo mais do que um sofrimento, e ao longo às vezes crônico não é uma coisa pontual, não é um problema que a pessoa tá conseguindo resolver em casa, é porque eu não sei é difícil definir. (PS8)

Conforme os depoimentos abaixo, o sofrimento psíquico está associado às necessidades humanas básicas de saúde e as questões familiares e sociais.

[...] têm muitas causas aí, questões familiares, questões de trabalho mesmo, social, acho que tudo envolve. (PB5)

Sufrimento mental é algo tão amplo né, para mim que trabalho numa comunidade tão carente. Sofrimento mental é desde as necessidades humanas básicas até todas as necessidades de saúde, educação, vai faltando, faltando e aquele vai gerando um problema mais grave termina num transtorno, num sofrimento para família. Eu acho que é isso, começa das necessidades humanas básicas e se expande na vida da criatura. (PB15)

Foi unânime a resposta afirmando a existência de diferença entre sofrimento psíquico e transtorno mental, no entanto poucos conseguiram definir claramente a diferença, visto que a maioria dos depoentes associou o sofrimento à doença psíquica.

[...] para mim o sofrimento seria aquela pessoa que é durante algum tempo na vida por algum problema, por alguma desordem na sua vida, está numa fase de sofrimento. O transtorno geralmente ele é praticamente definitivo né, a pessoa pode passar assim, controlar se estiver sob medicamento, mas geralmente o medicamento é para sempre, e nem sempre quem está com transtorno está com sofrimento eu acho. (PS9)

[...] deve ter uma diferença sutil porque transtorno, você perguntando aí já imagino que seja uma coisa mais, já mais que precisa de um tratamento maior, talvez com psiquiatra, com medicamento. E o outro, talvez não precise dessa parte, precise das terapias com psicólogo [...], (PS14)

O transtorno acho que seria mais avançado. Acho que a pessoa teria esse sofrimento e com esse sofrimento não sendo sanado a pessoa teria um transtorno, acho que na minha concepção seria algo mais agressivo, entendeu, até mesmo passando a ter atitudes mais agressivas, algo desse tipo. (PB3)

Em um dos depoimentos, foi comparada a facilidade de identificar pessoas em sofrimento psíquico entre os serviços USF e UBS, afirmando que no primeiro a facilidade é maior, devido ao profissional da ESF ter maior acesso e contato com as pessoas, visto que estão inseridas em comunidades cadastradas na unidade. Diferentemente do profissional que atua na demanda espontânea, onde o serviço funciona com grande rotatividade das pessoas, o que dificulta a identificação da pessoa em sofrimento. Esse relato é colocado por PB7:

Assim eu acho que se for um paciente que você já acompanha um certo tempo, eu acho que você tem como diferenciar né, tem convivência com o paciente, é mais fácil em casos de PSF, porque você conhece a família, você conhece a história e está com o paciente um certo tempo, acompanha e você tem como distinguir se a pessoa está só em sofrimento ou se já está desenvolvendo alguma patologia. Mas no meu caso, que hoje eu estou em demanda, a rotatividade é muito grande, então eu não tenho esse acompanhamento, o maior acompanhamento é com o pré-natal, que elas fazem as consultas mensalmente, essas coisas. Então, no pré-natal eu acho que eu tenho como identificar, mas se for algum que apareça assim de uma hora para outra eu não vou ter como identificar na hora, eu acho. (PB7)

Diante do contexto, culminaram-se nos tópicos expostos em seguida, relacionados ao conceito de sofrimento e transtorno. Ressalva-se que, ambos os conceitos relatados nas entrevistas serviram para compreender o entendimento dos enfermeiros quanto à temática. Portanto, essas informações não foram acrescentadas no fluxograma, visto que a ênfase na ferramenta foi destinada a conduta do enfermeiro.

- Sofrimento: momento na vida da pessoa, que ela está passando por um problema ou dificuldade; angústia; estresse que influencia na qualidade de vida, nos fatores psicossociais; dificuldade de resolver o problema. É desde as necessidades humanas básicas até todas as necessidades de saúde, educação, vai faltando, faltando e aquele vai gerando um problema mais grave termina num transtorno, num sofrimento para família.
- Transtorno: fora do equilíbrio; patologia mental;

- Diferença: sofrimento - é durante algum tempo na vida por algum problema, por alguma desordem na sua vida, está numa fase de sofrimento. E o transtorno - geralmente é praticamente definitivo.

5.1.2.2.2 Identificação dos sinais e sintomas do sofrimento psíquico

Quando foram abordados os meios para identificação dos sinais e sintomas do sofrimento psíquico, um dos entrevistados afirmou identificar através da anamnese e outro contou de forma mais completa relatando a identificação ocorrer durante a consulta de enfermagem. Também foi mencionada a observação como forma de identificar. A seguir alguns depoimentos apontam essas formas:

[...] em sofrimento sim, na anamnese. (PS12)

Às vezes durante a consulta de enfermagem, quando, durante um dialogo é possível identificar através da conversa, se o paciente apresenta choro, apresenta varias queixas psicológicas. (PB4)

[...] através da fala até do jeito que se comporta [...]. (PB2)

Um aspecto que se destacou nas entrevistas foi a questão da pluralidade presente quanto aos sinais e sintomas detectados por eles como sofrimento psíquico, muitas vezes até associando aos sinais e sintomas do transtorno mental. Os sinais e sintomas mais citados nas entrevistas foram: angústia, choro, tristeza, agressividade, alteração no comportamento, incoerência no discurso, insônia, isolamento, ansiedade, dentre outros.

[...] fala coisa com coisa [...] não responde adequadamente as perguntas, não tem um equilíbrio emocional e físico, até o comportamento físico dele a gente vê que não é comportamento normal e até na fala [...] muito impaciente, muito irritado [...] não está com o equilíbrio psicológico, que ele não está bem. (PS1)

Com angustia [...] ansiosa, choro fácil, tristeza [...] uma consulta ele está ótimo, na outra ele já está mais agitado, na outra ele já vem estressado, é isso. (PB4)

Fala coisa com coisa, não tem muita conexão no que fala. (PB6)

Paciente que demonstra né através de gesto, de agressividade ou pelas afeições né, como choro ou contrário calado, sem falar, sem demonstrar nenhuma reação. (PS9)

Abaixo, os depoimentos mostram os sinais e sintomas que mais se aproximaram do sofrimento psíquico, referente àquele que é inerente ao ser humano, mencionados pelos entrevistados.

Em sofrimento [...] até às vezes fisicamente fala né, ansioso, sua frio, [...] se irrita fácil, chora [...], (PB7)

[...] pessoa está sem conseguir resolver algum problema, às vezes simples ou complicado, que está sofrendo, demonstrando através das expressões, na sua própria fala e não está conseguindo. E às vezes ele vem pedindo ajuda [...] angustiado. (PS8)

As angústias que as pessoas descrevem, os desesperos que a gente percebe [...] (PS14)

Ansiedade [...] sono afetado, não tem aquele foco nas coisas que faz, fica desfocado nas coisas [...]. (PB15)

Todos os enfermeiros informaram não existir nas unidades de atuação ferramentas que auxiliassem a identificação e a condução de pessoas em sofrimento psíquico. Bem como afirmaram não ter conhecimento suficiente e, por isso, sentem-se incapazes para atender as pessoas que chegam em sofrimento psíquico. Também houve queixa referente ao pouco conteúdo estudado sobre saúde mental durante o curso de graduação.

[...] conhecimento a gente sempre tem que ter, sempre é bom, e tem essa coisa nem todo mundo se identifica e nem todo mundo vai querer está lendo sobre saúde mental, agora quando você é chamado para um treinamento, você vai se sensibilizando. (PS16)

O que a gente vê na faculdade é muito pouco. E por não vivenciar na prática acaba sendo insuficiente. (PB2)

Nessa parte mental, realmente não tenho muito conhecimento não. (PB4)

Preciso estudar mais um pouco, mas nada que a gente não consiga. (PB15)

Diante do pouco conhecimento que os entrevistados afirmam ter, eles demonstram interesse em saber e conhecer mais sobre a temática para adaptar a teoria a prática, exceto um dos entrevistados que ressaltou: *não tenho a mínima paixão, a especialidade fique lá e eu cá.* (PB6)

Em outro depoimento, é colocado também a ausência de atividades que capacitem o profissional para identificar e direcionar o compartilhamento de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico.

[...] a gente não tem essa atividade direcionada, mandam, por exemplo, assim a gente tem uma produção que a gente tem que identificar se a gente fez atendimento de alguma pessoa que precisou para saúde mental. Mas tirando isso a gente não tem nenhuma outra atividade ligada diretamente que a gente aprendesse a identificar, reconhecer e também a direcionar, que a gente não sabe para onde vai. (PS10)

A partir desta subcategoria, foi possível levantar os meios utilizados pelos enfermeiros para identificar os sinais e sintomas do sofrimento psíquico:

- consulta de enfermagem: observação e anamnese.

A identificação dos sinais e sintomas do sofrimento psíquico pelos enfermeiros foi questionada a fim de compreender qual o entendimento deles, mas essas informações não foram acrescentadas no fluxograma por não se adequar ao foco do mesmo. Da mesma forma que as informações sobre a existência de ferramentas nas unidades também não fizeram parte do fluxograma proposto, essas serviram de conhecimento complementar para o presente estudo.

No quadro 7, estão expostos os subsídios da assistência de enfermeiros à pessoa em sofrimento psíquico, essenciais para a composição do fluxograma, emergidos através das categorias;

Quadro 7. Subsídios emergidos das categorias e subcategorias, referentes ao estudo de campo, para composição do fluxograma. Maceió, 2015. p. 1/2.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUBSÍDIOS EMERGIDOS
Organização do processo de trabalho	Dinâmica de atendimento a pessoa em sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> - Conversar com a pessoa em sofrimento e a família; - Orientar, escutar, esclarecer, ajudar; - Encaminhar ao psiquiatra; - Encaminhar para o CAPS, NASF; - Encaminhar ao médico; - Encaminhar ao psicólogo; - Buscar apoio com a assistente social.
	Ações do enfermeiro diante de uma pessoa em sofrimento psíquico	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar (família e pessoa em sofrimento); - Conversar; - Consultar; - Acolher; - Ouvir; - Estabelecer vínculo; - Discutir com a equipe; - Encaminhar.
	Dificuldades durante atendimento à pessoa em sofrimento psíquico	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvir; - Sentir; - Estabelecer vínculo; - Estabelecer confiança.

(Continua)

(continuação) Quadro 7. Subsídios emergidos das subcategorias, referentes ao estudo de campo, para composição do fluxograma. Maceió, 2015. p. 2/2.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUBSÍDIOS EMERGIDOS
Entendimento sobre sofrimento psíquico	Conceito de sofrimento psíquico	- Sofrimento: momento na vida da pessoa, que ela esta passando por um problema ou dificuldade; angústia; estresse que influencia na qualidade de vida, nos fatores psicossociais; dificuldade de resolver o problema.
Entendimento sobre sofrimento psíquico	Conceito de sofrimento psíquico	- Sofrimento: É desde as necessidades humanas básicas até todas as necessidades de saúde, educação, vai faltando, faltando e aquele vai gerando um problema mais grave termina num transtorno, num sofrimento para família. - Transtorno: fora do equilíbrio; patologia mental; - Diferença: sofrimento - é durante algum tempo na vida por algum problema por alguma desordem na sua vida, está numa fase de sofrimento. E o transtorno - geralmente é praticamente definitivo.
	Identificação dos sinais e sintomas do sofrimento psíquico	- consulta de enfermagem: observação e anamnese.

Fonte: autora, 2015.

Após levantar tais subsídios, deu-se continuidade a busca de mais informações para complementar a composição do fluxograma proposto.

5.2 Revisão integrativa - FASE I

O levantamento de dados a partir desta revisão permitiu identificar as estratégias/ferramentas utilizadas por enfermeiros durante a tomada de decisão na assistência a pessoas em sofrimento psíquico. Também foi possível conhecer as funcionalidades de cada uma delas.

Ademais, contribuiu com dados essenciais para o presente estudo, pois a partir dos artigos analisados emergiram itens que foram inseridos no fluxograma proposto. Bem como foi possível saber o que já existe na comunidade científica sobre a temática abordada.

Foram avaliados, nesta revisão integrativa, 12 artigos científicos, os quais atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Os dados do quadro 8 apresentam a síntese das características dos estudos incluídos, contendo o título, a autoria, o ano de publicação, a ferramenta e a sua funcionalidade.

Quadro 8. Síntese dos estudos e de suas ferramentas. Maceió, 2015. P.1/3.

TÍTULO	AUTOR (S)	ANO	ESTRATÉGIA/ FERRAMENTA	FUNCIONALIDADE
1.Action research informing the development of a conceptual model of care and service delivery to populations of interest in rural and remote	Petrie, E.	2011	Um fluxograma de triagem de emergência; uma triagem de emergência de saúde mental, e um gráfico de monitorização do risco.	Melhorar o bem estar e saúde ocupacional e contribuir com a melhoria dos problemas reconhecidos dentro do contexto deste cenário de saúde.
2.Perceived Stress and Wellness in Early Adolescents Using the Neuman Systems Model	Yarcheski, TJ; Mahon, NE; Yarcheski, A; Hanks, MM.	2010	Fator de Bem-Estar da Escala de Saúde Laffrey Conceição; Escala de Estresse Percebido.	Examinar a relação entre estresse percebido e bem-estar em adolescentes precoces.
3.Os desempenhos da enfermeira na saúde da família - construindo competência para o cuidado	Kawata, LS, Mishima, SM, Chirelli, MQ, Pereira, MJB, Matumoto, S, Fortuna, CM.	2013	Escutar, acolher, articular o cuidado de pessoas em sofrimento.	Proporcionar a ampliação da clínica.

(Continua)

(continuação) Quadro 8. Síntese dos estudos e de suas ferramentas. Maceió, 2015. p. 2/3.

TÍTULO	AUTORES	ANO	ESTRATÉGIA/ FERRAMENTA	FUNCIONALIDADE
4.Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários	Rocha, IA; Sá, ANP; Braga, LAV; Ferreira Filha, MO; Dias, MD.	2013	Terapia Comunitária.	Proporcionar um espaço onde as relações construídas transmitem apoio emocional, fortalecem vínculos e diminuem os casos de exclusão social.
5.A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do psf	Rosa, WAG; Labate, RC.	2003	Laços de confiança, promoção à saúde, acolhimento e escuta.	Proporcionar assistência humanizada.
6.A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção	Matumoto, S; Fortuna, CM; Kawata, LSK; Mishima, SM; Pereira, MJB.	2011	Clínica ampliada.	Promover a cura e o alívio do sofrimento, o desenvolvimento de autonomia das pessoas para lidarem com seus problemas e condições concretas de vida, através do uso predominante de tecnologias leves.
7.A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem	Silva, ATMC; Silva, CC; Ferreira Filha, MO; Nóbrega MML; Barros S; Santos, KKG.	2005	Escuta, Agendamento de visitas; Conversa.	Proporcionar integralidade da assistência.
8.Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	Ferreira, MLSM; Penques, RMVB; Marin, MJS.	2014	Acolhimento	Acompanhar a implementação e a responsabilização pelas necessidades dos usuários.

(Continua)

(continuação) Quadro 8. Síntese dos estudos e de suas ferramentas. Maceió, 2015. Maceió, 2015. P. 3/3.

TÍTULO	AUTORES	ANO	ESTRATÉGIA/ FERRAMENTA	FUNCIONALIDADE
9.A saúde mental no Programa de Saúde da Família	Souza, AJF; Matias, GN; Gomes, KFA; Parente, ACM.	2007	Visita domiciliar; Grupos/Reuniões e palestras; Acolhimento/apoio aconselhamento; Atividades lúdicas e físicas; Levantamento de casos; Terapia comunitária; Orientações; Entrega de medicação; Atendimento ambulatorial; Consulta; Encaminhamentos.	Proporcionar assistência humanizada.
10.Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família	Souza, J; Luis, MAV.	2013	Acolhimento, visitas domiciliares, demanda espontânea do usuário e identificação das demandas de saúde mental concomitante às outras consultas.	Proporcionar a ampliação da clínica e integração dos cuidados de saúde mental com as demais necessidades de saúde.
11.Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental	Souza, J; Almeida, LY; Veloso, TM; Barbosa, SP; Vedana, KG	2013	Recursos comunitários.	Acionar para o atendimento das demandas de saúde mental da comunidade.
12.Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde	Mielke, FB; Olschowsky, A.	2011	Melhor forma de abordagem, inserindo as estratégias em equipe, como as terapias em grupos, as visitas domiciliares e o simples ouvir aos pacientes.	Construção de uma nova prática em saúde mental no território que valoriza o indivíduo em sofrimento psíquico como protagonista de sua existência

Fonte: autora, 2015.

Após a análise dos dados obtidos na revisão, observou-se a importância de um fluxograma destinado aos enfermeiros da atenção básica a ser concebido neste estudo para apoiar a tomada de decisão na assistência a pessoas em sofrimento psíquico.

Ao levantar as estratégias/ferramentas dos artigos científicos selecionados, pontuaram-se as mesmas de forma prática no quadro 6. O artigo de cada estratégia foi identificado com a numeração referente ao quadro apresentando anteriormente.

Quadro 9. Estratégias/ferramentas identificadas nos artigos científicos selecionados na revisão integrativa. Maceió, 2015.

ARTIGO	ESTRATÉGIAS/FERRAMENTAS
1	Triagem
2	Estresse e bem-estar percebido
3	Escutar, acolher e articular o cuidado de pessoas em sofrimento
4	Terapia Comunitária
5	Laços de confiança, promoção à saúde, acolhimento e escuta
6	Clínica ampliada
7	Escuta, agendamento de visitas e conversa
8	Acolhimento
9	Visita domiciliar, grupos/reuniões e palestras, acolhimento/apoio aconselhamento, atividades lúdicas e físicas, levantamento de caso, terapia comunitária, orientações, entrega de medicação, atendimento ambulatorial, consulta e encaminhamentos
10	Acolhimento, visitas domiciliares, demanda espontânea do usuário e identificação das demandas de saúde mental concomitante às outras consultas
11	Recursos comunitários
12	Melhor forma de abordagem, inserindo as estratégias em equipe, como as terapias em grupos, as visitas domiciliares e o simples ouvir aos pacientes

Fonte: autora, 2015.

Salienta-se que, foi realizado um crivo para inclusão dos itens expostos acima para composição na versão I do fluxograma.

5.3 Elaboração do fluxograma - FASE II

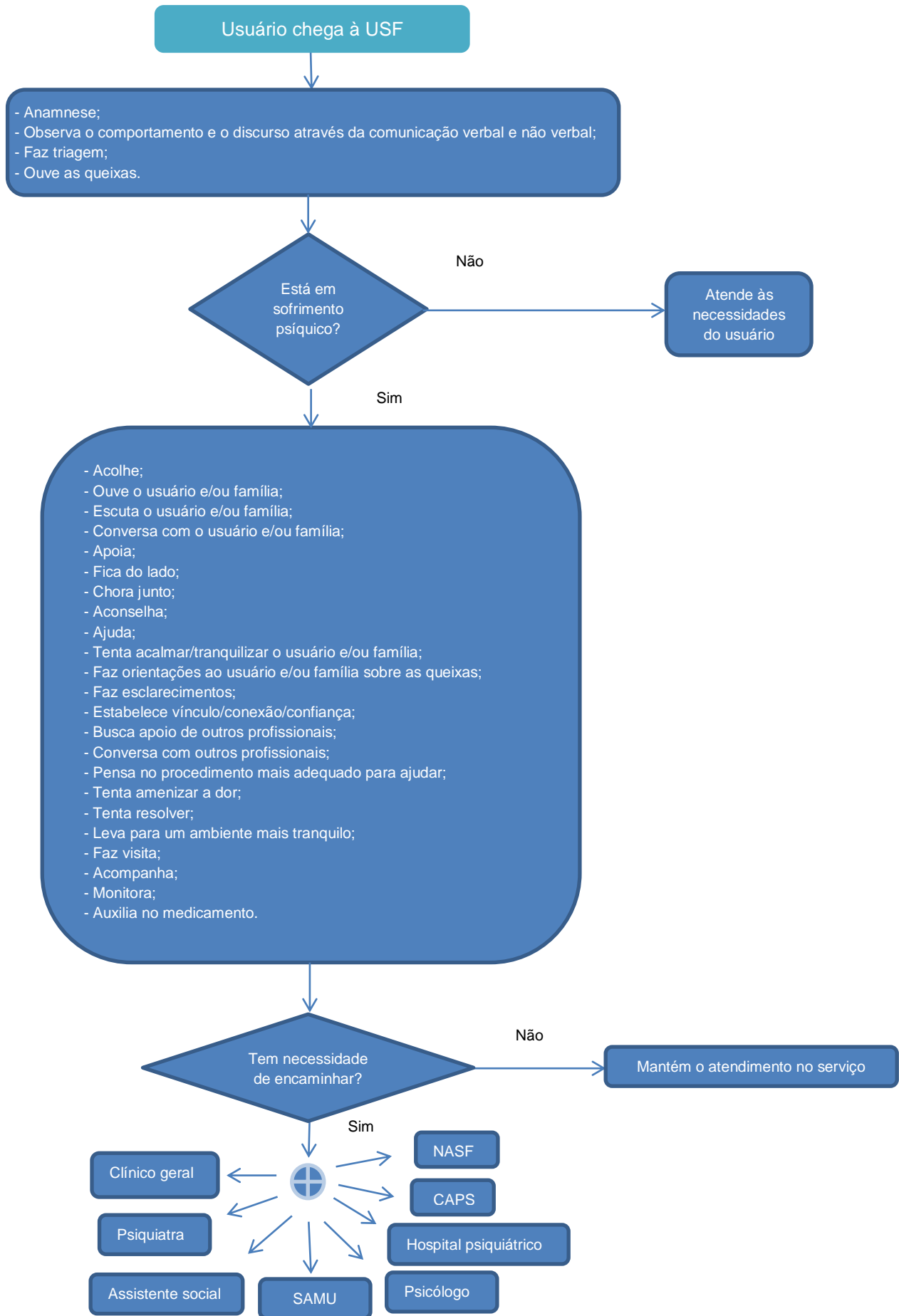
Esta etapa é referente a terceira e última do estudo, momento que foram obtidas as duas versões do fluxograma e, em seguida, a sua versão final do mesmo.

Após o levantamento dos itens extraídos das entrevistas, foram preparados 16 fluxogramas individuais (Apêndice I), que geraram um fluxograma específico de USF (figura 5) e outro específico de UBS (figura 6). Os dois fluxogramas específicos

ao serem associados fizeram surgir um fluxograma geral, que ilustra os resultados obtidos em ambos os serviços supracitados, exposto na figura 7.

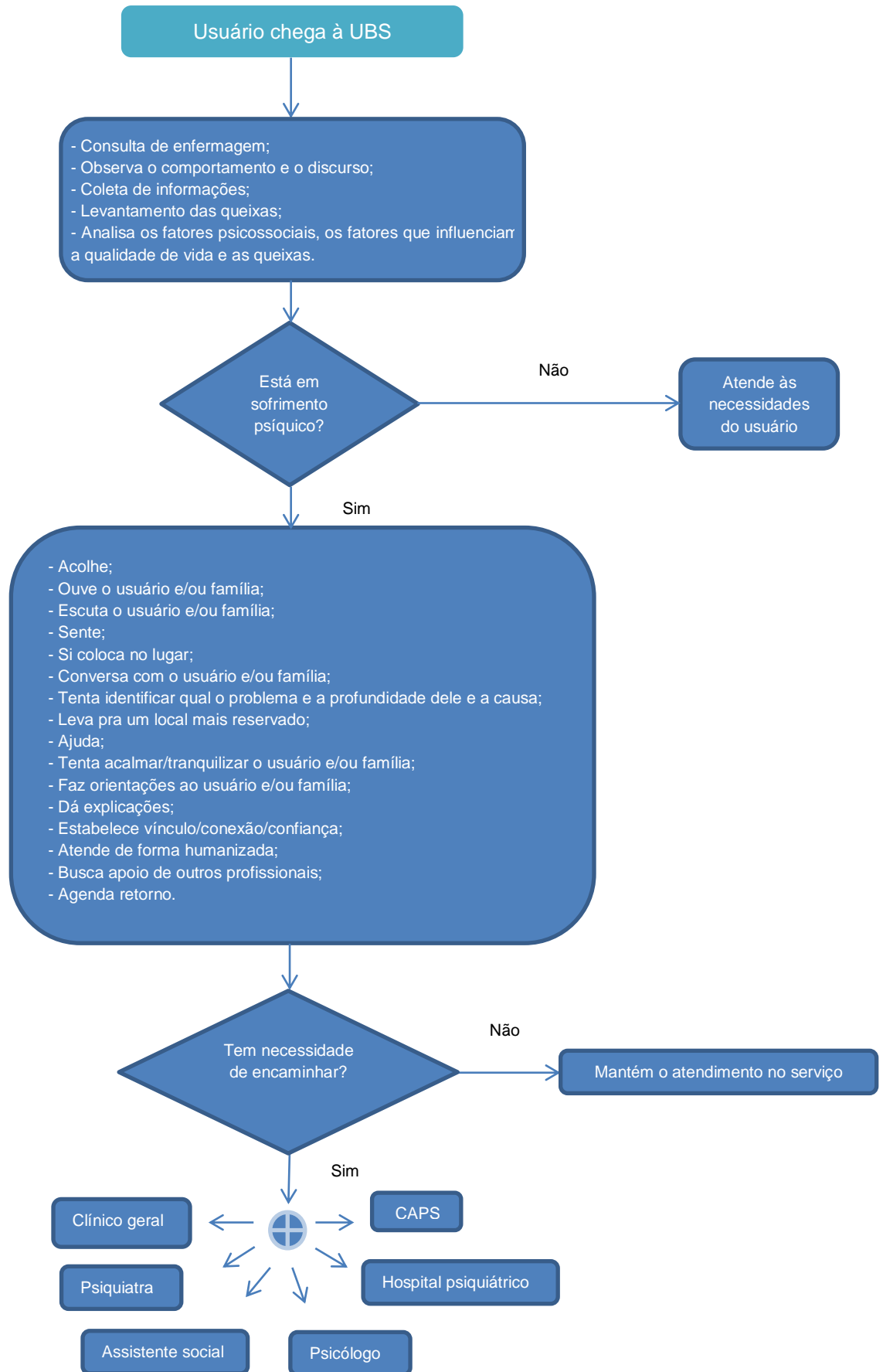
Para elaborar a primeira versão do fluxograma, adotaram-se como base e fonte o fluxograma do MS (figura 8), que foi consolidado aos itens advindos das outras duas fontes - estudo de campo (fluxograma geral) e revisão integrativa.

Diante da associação das três fontes supracitadas, elaborou-se o fluxograma versão I, exposto na figura 9. Em seguida, esta versão foi consultada pelos especialistas na primeira rodada do método Delphi, que contribuíram com o refinamento dos itens, fluxos e estrutura do mesmo.



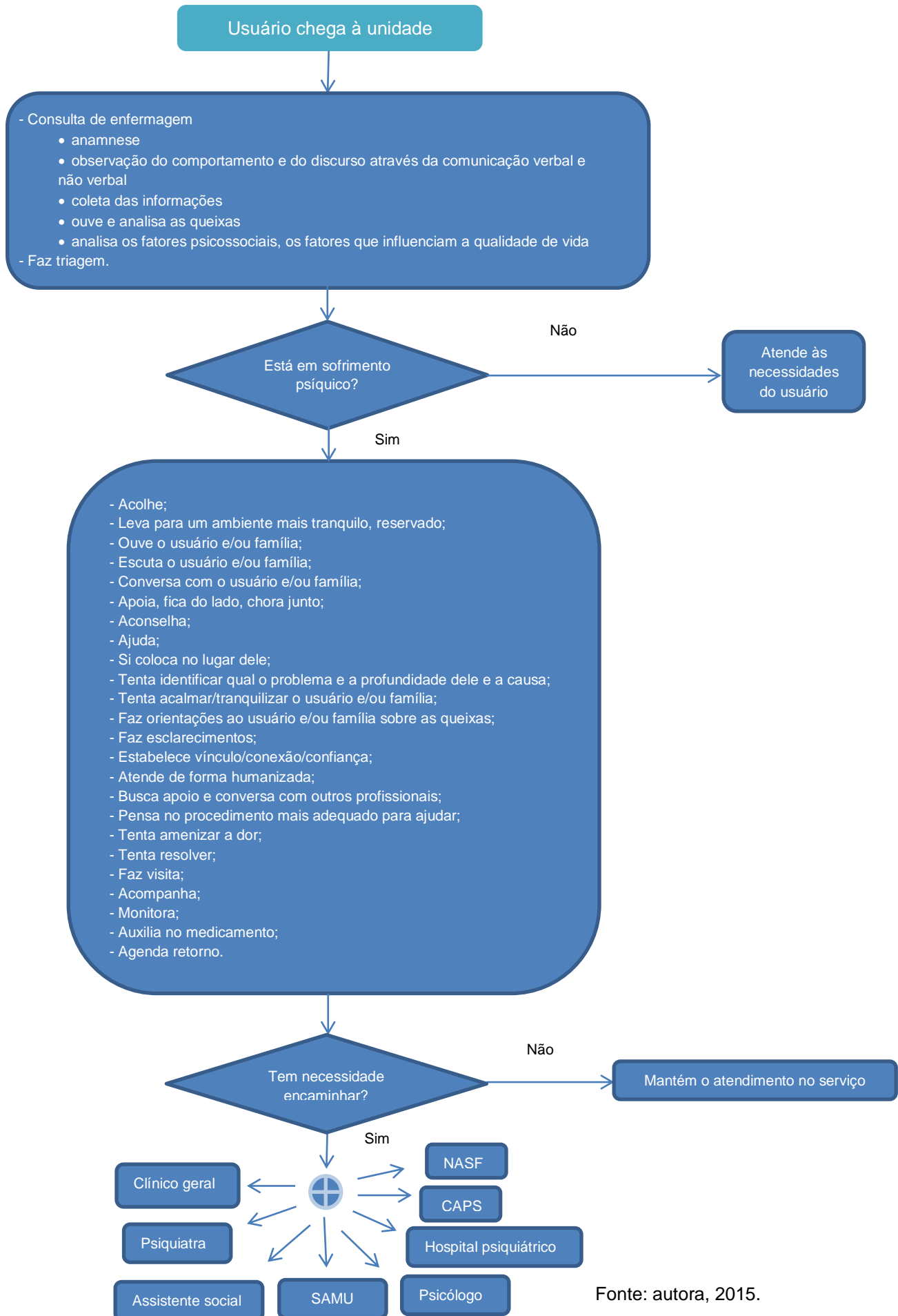
Fonte: autora, 2015.

Figura 5. Fluxograma para a organização do processo de trabalho dos enfermeiros da atenção básica para o atendimento da Saúde da Família. Maceió, 2015.



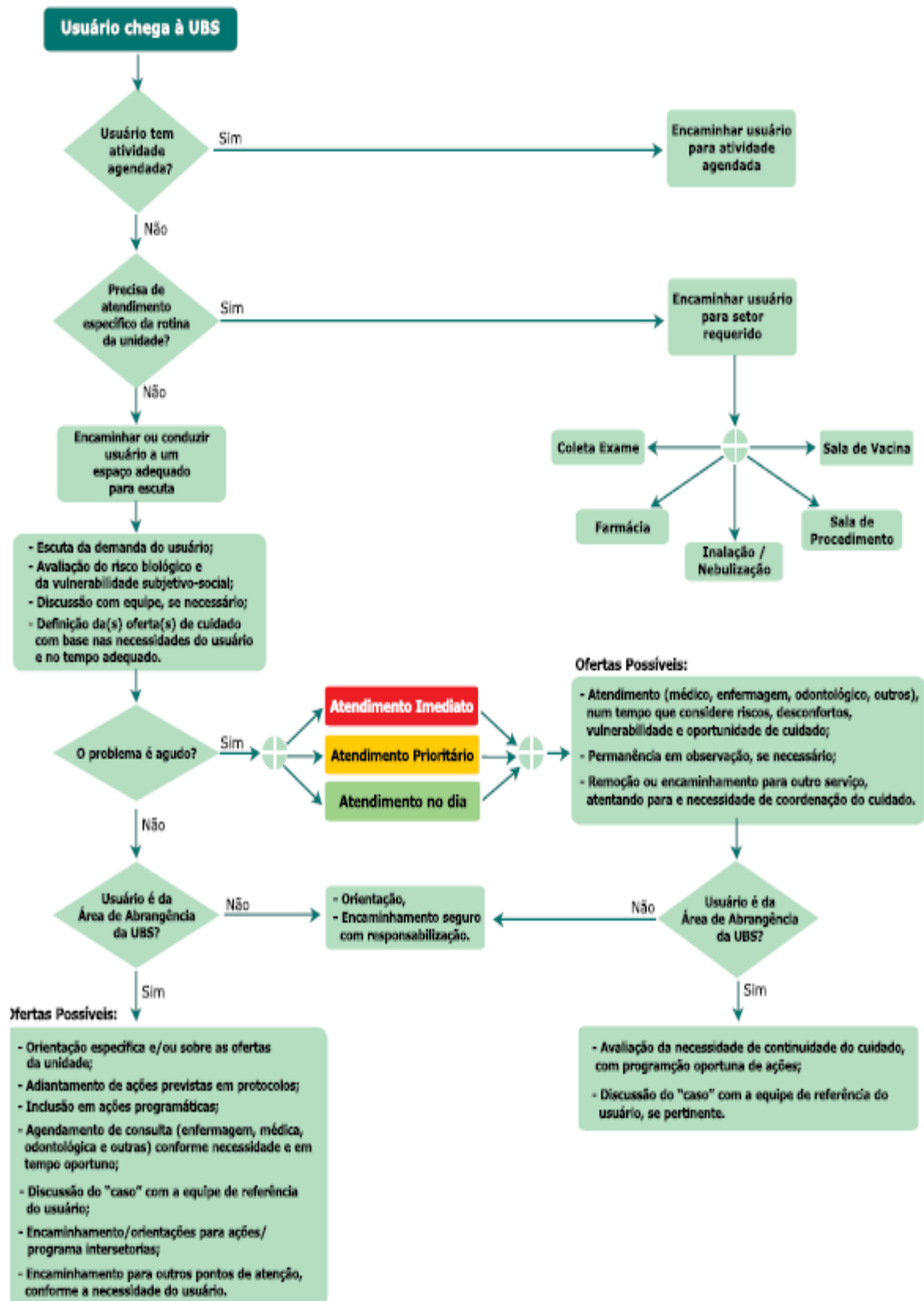
Fonte: autora, 2015.

Figura 6. Fluxograma para a organização do processo de trabalho dos enfermeiros da atenção básica para o atendimento da demanda espontânea. Maceió, 2015.



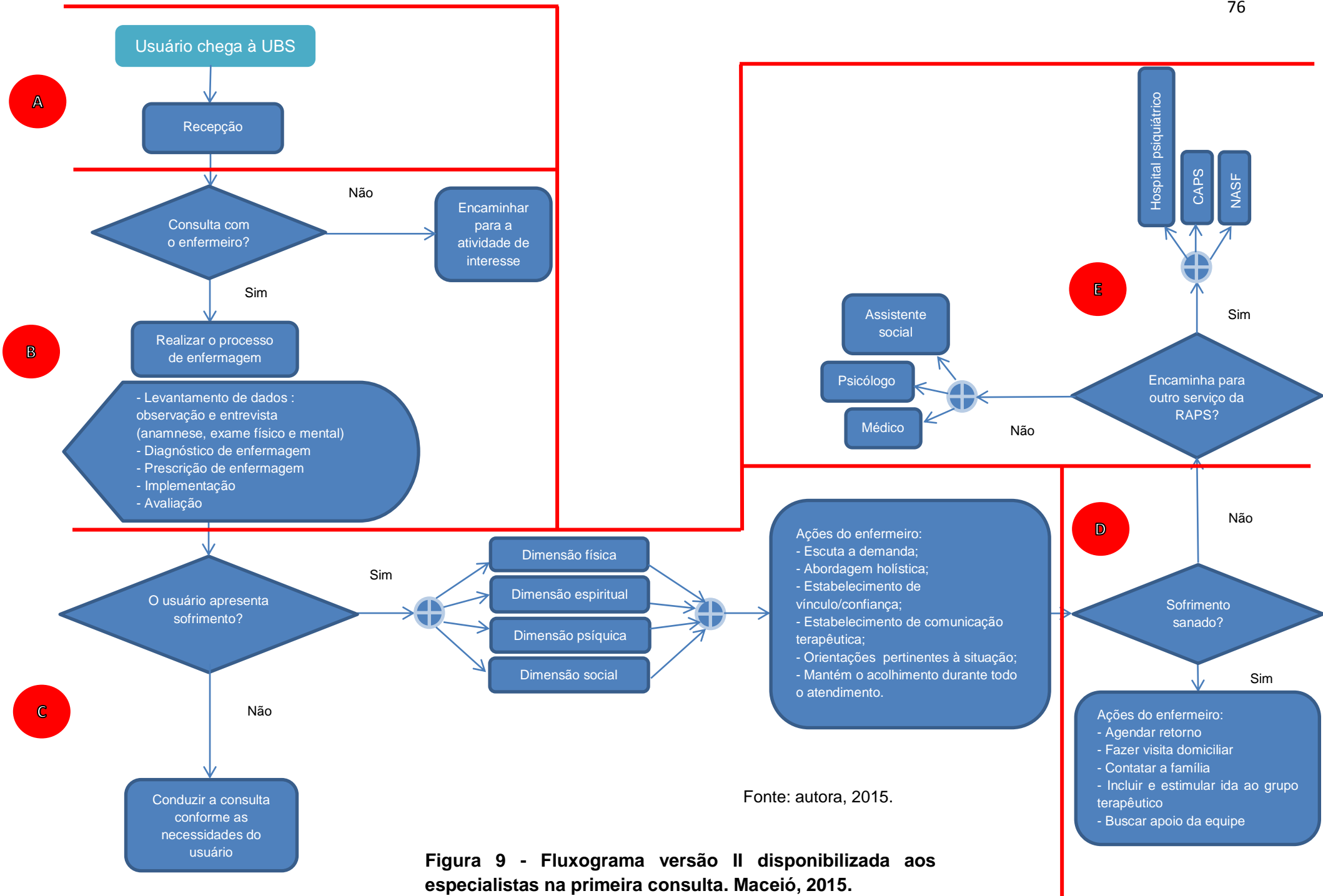
Fonte: autora, 2015.

Figura 7. Fluxograma geral para a organização do processo de trabalho dos enfermeiros de atenção básica para os atendimentos da demanda espontânea e da Saúde da Família. Maceió, 2015.



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 8. Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea. Maceió, 2015.



Fonte: autora, 2015.

Figura 9 - Fluxograma versão II disponibilizada aos especialistas na primeira consulta. Maceió, 2015.

Posteriormente a consulta do fluxograma versão I pelos especialistas, as respostas e sugestões fornecidas no questionário foram analisadas. Conforme os critérios estabelecidos do nível de concordância, média de corte 60%, concluíram-se quais itens seriam aceitos, quais itens seriam excluídos, quais entrariam novamente no questionário para a seguinte rodada (segunda) e quais seriam acrescentados conforme sugestões fornecidas na rodada anterior.

O consenso de 100% das opiniões do grupo de juízes (especialistas) foi obtido em 33 itens colocados no questionário e 21 obtiveram a porcentagem acima da média corte, portanto, todos esses itens não entraram no novo questionário.

As porcentagens de concordância de cada ponto abordado no questionário, aplicado na primeira rodada do método Delphi, encontram-se no quadro 10.

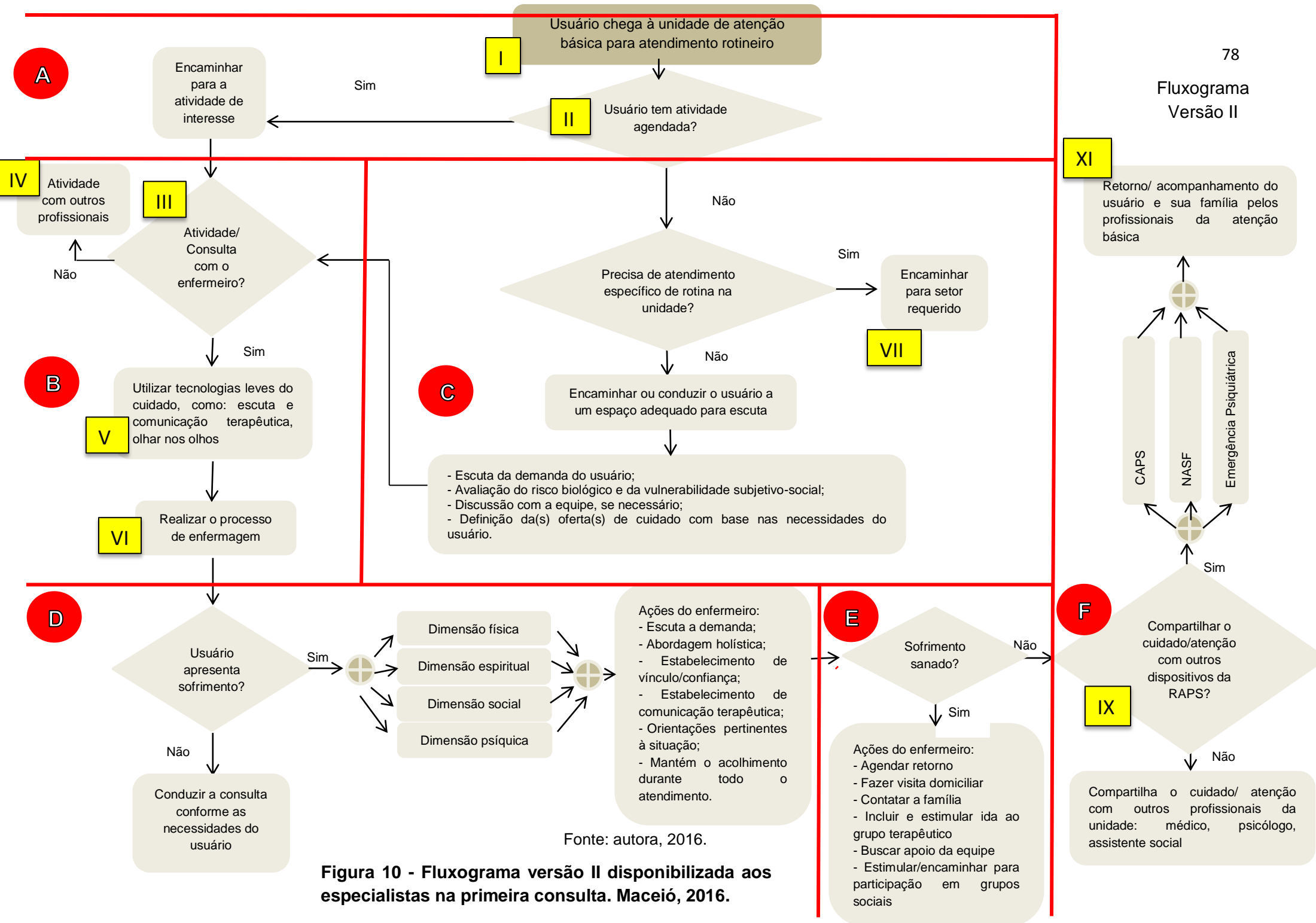
Quadro 10 - Resultado do consenso, em porcentagem, dos especialistas obtidos na primeira rodada do método Delphi. Maceió, 2015.

	A	B	C	D	E	F
DIMENSAO	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	100%	100%	100%	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.
DESCRIÇÃO	100%	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	100%	100%	100%	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.
INDICADORES:	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	100%	100%	100%	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.
I	60% CONC. TOT. 20% CONC. PARC. 20% DISC. PARC.	100%	100%	100%	100%	40% CONC. TOT. 40% CONC. PARC. 20% DISC. TOT.
II	60% CONC. TOT. 20% CONC. PARC. 20% DISC. PARC.	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	100%	100%	100%
III	100%	100%	100%	100%	100%	80% CONC. TOT. 20% DISC. PARC.
IV	40% CONC. TOT. 40% CONC. PARC. 20% DISC. PARC.	100%	100%	100%	100%	60% CONC. TOT. 20% DISC. PARC. 20% DISC. TOT.
V	60% CONC. TOT. 40% CONC. PARC.	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	100%	100%	100%	60% CONC. TOT. 20% DISC. PARC. 20% DISC. TOT.
VI	--	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	100%	100%	60% CONC. TOT. 20% DISC. PARC. 20% DISC. TOT.	60% CONC. TOT. 20% DISC. PARC. 20% DISC. TOT.
VII	--	40% CONC. TOT. 40% CONC. PARC. 20% DISC. TOT.	80% CONC. TOT. 20% DISC. TOT.	100%	60% CONC. TOT. 20% CONC. PARC. 20% DISC. PARC.	40% CONC. TOT. 20% CONC. PARC. 40% DISC. PARC.
VIII	--	20% CONC. TOT. 40% CONC. PARC. 40% DISC. PARC.	80% CONC. TOT. 20% DISC. TOT.	100%	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.
IX	--	20% CONC. TOT. 40% CONC. PARC. 40% DISC. PARC.	80% CONC. TOT. 20% DISC. TOT.	60% CONC. TOT. 20% CONC. PARC. 20% DISC. PARC.	--	--
X	--	--	80% CONC. TOT. 20% DISC. TOT.	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	--	--
XI	--	--	60% CONC. TOT. 20% CONC. PARC. 20% DISC. PARC.	--	--	--
XII	--	--	80% CONC. TOT. 20% CONC. PARC.	--	--	--
XIII	--	--	--	--	--	--

Fonte: autora, 2015.

Após análise das respostas, elaboraram-se a versão II do fluxograma (figura 10) e, simultaneamente, o novo questionário. Neles foram acrescentadas as sugestões fornecidas pelos especialistas e os itens que obtiveram o mínimo de consenso (estabelecido como média de corte).

Fluxograma Versão II



Fonte: autora, 2016.

Figura 10 - Fluxograma versão II disponibilizada aos especialistas na primeira consulta. Maceió, 2016.

Após a consulta do fluxograma versão II pelos especialistas, os questionários foram analisados e foi obtido consenso das opiniões em todos os itens. Salienta-se que para esse questionário, o número de questões foi menor do que o questionário anterior, não sendo incluída a dimensão D porque a mesma conseguiu consenso em nível esperado.

Quanto à avaliação sobre as características gerais, cor e estrutura, obteve-se concordância unânime de 100%. E em relação ao restante dos itens abordados no questionário, a porcentagem do consenso do grupo dos especialistas encontra-se exposta no quadro 11.

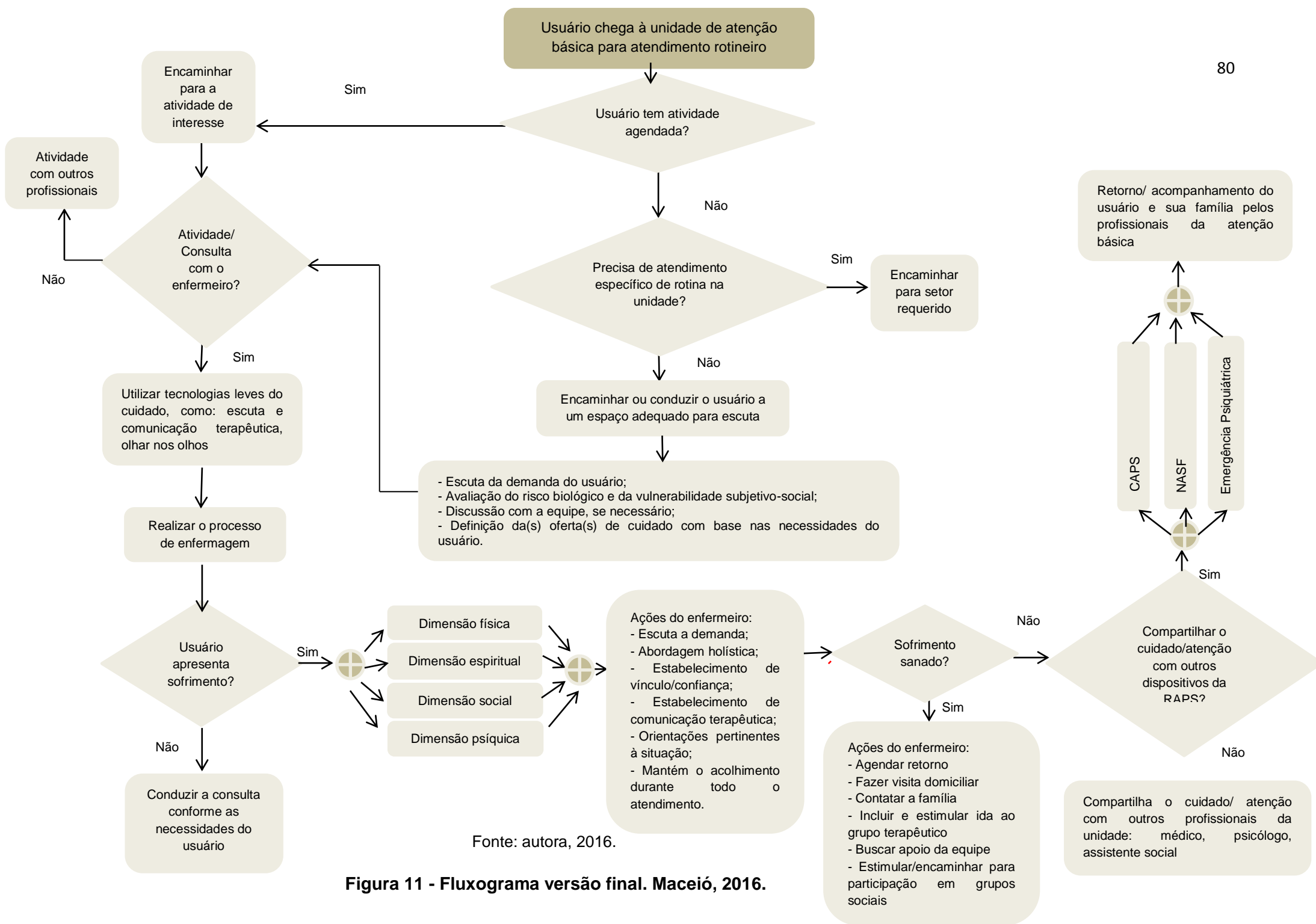
Quadro 11 - Resultado do consenso, em porcentagem, dos especialistas obtidos na segunda rodada do método Delphi. Maceió, 2016.

DIMENSÃO	INDICADORES	TAXA DE CONCORDÂNCIA
A	I	100% CONC. TOT.
	II	100% CONC. TOT.
B	III	100% CONC. TOT.
	IV	100% CONC. TOT.
	V	100% CONC. TOT.
	VI	100% CONC. TOT.
C	VII	100% CONC. TOT.
E	VIII	80% CONC. TOT. 20 % CONC. PARC.
	IX	100% CONC. TOT.
	X	80% CONC. TOT. 20 % CONC. PARC.

Fonte: autora, 2016.

Ressalta-se que as sugestões ofertadas por um dos especialistas acerca da versão II do fluxograma, não foram acrescentadas neste estudo devido ao curto prazo para finalizá-lo e, portanto, não seria possível realizar outra rodada para apreciação do grupo de juízes devido ao tempo. Porém, as sugestões serão acatadas num estudo futuro.

Como as opiniões chegaram ao consenso no grupo de especialistas, conforme o Método Delphi, as rodadas foram encerradas. Desta forma, o estudo conseguiu chegar à versão final do fluxograma proposto, conforme a figura 11.



Fonte: autora, 2016.

Figura 11 - Fluxograma versão final. Maceió, 2016.

5.3.1 Descrição do fluxograma

A) INICIO DO FLUXO

- Porta de entrada ao serviço de saúde;
- Com relação à clientela frequentadora do serviço de saúde, pessoas que buscam assistência à saúde. Essa clientela recebe acolhimento e abordagem multiprofissional na recepção da unidade de saúde.

B) CONSULTA COM O ENFERMEIRO

- Atividade privativa do enfermeiro;
- Após a triagem, conforme solicitação do cliente/família segue para o consultório de enfermagem, para atendimento do enfermeiro, realizando entrevista, exame físico, diagnóstico e plano de cuidados referente às suas necessidades.

C) ATIVIDADE DE ROTINA

- Inclui atuação de diversos profissionais da unidade de saúde;
- Usuários são destinados a realizar atividades de rotina de acordo com as suas necessidades.

D) PESSOA EM SOFRIMENTO

- Momento de identificação da pessoa em sofrimento;
- Ao identificar se a pessoa está em sofrimento e qual a dimensão desse sofrimento, são iniciadas ações voltadas para minimizá-lo.

E) PERMANÊNCIA OU NÃO DO SOFRIMENTO

- Motivação fundamental e também um refúgio da singularidade;
- Após ações da enfermeira, é observado se o sofrimento foi minimizado, mantido ou sanado.

F) REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

- Rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas;
- Momento em que o cuidado é compartilhado com outros dispositivos da RAPS.

DISCUSSÃO

O cuidado em saúde mental na atenção básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes as pessoas assistidas e vice-versa. Com isso, é comum que os profissionais de saúde se encontrem a todo o momento com pessoas em sofrimento psíquico. Ainda assim, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na atenção básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

Diante dessas características informadas pelo MS (BRASIL, 2013), infere-se que elas corroboram com o presente estudo, visto que foi observado na prática dos enfermeiros entrevistados que reconhecem a importância do atendimento às demandas relacionadas à saúde mental. No entanto, percebeu-se o despreparo dos enfermeiros para atuar diante de uma pessoa em sofrimento psíquico, primeiramente porque a maioria misturou o conceito do sofrimento universal com o transtorno mental, assim como os sinais e sintomas.

Salienta-se que essa dificuldade de conceituar e diferenciar o sofrimento psíquico de transtorno mental também é encontrada na literatura. O sofrimento diferenciado de adoecimento e dor, em termos conceituais, constitui-se uma dimensão pouco investigada (BESERRA et al, 2014; BRANT; GOMEZ, 2004).

Assim sendo, buscar uma definição adequada para descrever o sofrimento psíquico não é uma tarefa sutil. É necessário utilizar diversas visões para refletir sobre este fenômeno complexo (BESERRA et al, 2014).

Compreendendo a dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde da atenção básica, em especial o enfermeiro, para lidar com situações associadas ao sofrimento psíquico, o presente estudo trouxe um fluxograma como subsídio para essa categoria na tomada de decisões.

O fluxograma elaborado expõe o processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica diante da identificação e condução de pessoas em sofrimento psíquico. Bem como pretende auxiliar o enfermeiro a tomar decisões mais seguras ao se deparar com pessoas em sofrimento, que é inerente a vida do ser humano.

A tomada de decisão é uma atribuição que requer maior esforço cognitivo, sendo precedido por conhecimento teórico e prático, além da capacidade crítica reflexiva (CORREIA, 2012).

Com isso, o enfermeiro emprega ferramentas subjetivas à medida que toma decisões fáceis ou difíceis através da utilização de sua experiência e competência (CORREIA, 2012).

O processo de tomada de decisão é praticado pelo enfermeiro para obter melhores oportunidades de enfrentamento nas incontáveis situações com as quais se depara diariamente. Sendo assim, nesse processo que envolve fatos e valores, devem ser verificadas as variáveis, analisado as alternativas cabíveis considerando o propósito da decisão, solucionando problemas ou aproveitando oportunidades (CORREIA, 2012).

Para a tomada de decisão, é preciso manter uma postura reflexiva e pautada em princípios éticos, pois nem sempre o resultado obtido diante de uma escolha é o esperado ou o ideal.

Em 2010, a OMS apresentou o manejo integrado das condições prioritárias através de protocolos para a tomada de decisões clínicas no Manual MI-GAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde (WHO, 2010).

O Manual de Intervenções é uma ferramenta técnica para a implementação do programa mundial de ação para reduzir as lacunas em saúde mental (mhGAP), lançado em 2008 pela OMS. O programa tem escopo de agir na ausência de cuidados de saúde, especialmente em países de baixa e média renda, para pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas (WHO, 2010).

O desenvolvimento do Manual de Intervenções foi realizado através de uma revisão sistemática da evidência, seguido por um processo consultivo e participativo (WHO, 2010). Desta forma, observa-se certa semelhança com o delineamento do presente estudo.

Também é notável a analogia a este estudo quanto à finalidade do Manual, que é atender as necessidades das pessoas, distinguindo apenas porque o Manual foca em transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas.

A convergência ocorre ainda entre o Manual e o presente estudo quanto ao destino das informações voltado para a prática dos prestadores de cuidados e gestores de cuidados primários. O Manual fornece uma ampla gama de recomendações que facilitam a prestação de cuidados de alta qualidade em locais

de cuidados primários e secundários por prestadores de cuidados de saúde não especializados em locais com recursos limitados (WHO, 2010).

Nesse contexto, os prestadores de cuidados de saúde não especializados podem manejar a maioria dos transtornos mentais, neurológicos e uso de álcool e outras drogas, que por sua vez, resultam em elevada morbidade e mortalidade (WHO, 2010).

Diante dessa situação, a OMS (2010) assegura que há necessidade de aumentar a capacidade do sistema de cuidados primários de saúde para prestar um conjunto integrado de cuidados através de capacitação, apoio e supervisão com foco na área de saúde mental.

Igualmente a OMS, o presente estudo urge com uma tecnologia do cuidado, uma inovação na área de saúde mental na atenção básica. A perspectiva da tecnologia do cuidado como atividade profissional representa reflexão importante para a enfermagem, contemplando parte significativa de suas ações, com isso possibilita a reflexão do processo de trabalho de forma ampla e também valoriza as competências profissionais necessárias para a prestação do cuidado (THOFEHRN et al, 2014; CROZETA et al, 2010).

Desta forma, a produção da tecnologia é essencial para as inovações na área da saúde e enfermagem, pois auxilia a organização do serviço, as formas de cuidar, fundamenta e inova a prática do exercício profissional (THOFEHRN et al, 2014; CROZETA et al, 2010).

A tecnologia do cuidado é abrangente, vai desde o processo de vínculo entre profissional e cliente até o produto final do cuidado, faz-se presente no processo de cuidar de enfermagem em todos os aspectos (MERHY, 2002).

A classificação das tecnologias do cuidado divide-se em três: leve, leve-dura e dura. A leve refere-se a relações, acolhimento e gestão de serviços; a leve-dura diz respeito aos saberes estruturados, como o processo de enfermagem; e a tecnologia dura envolve os equipamentos tecnológicos como máquinas e normas (MERHY, 2002; MERHY, 1997).

Mediante essas classificações, a ferramenta proposta é caracterizada como uma tecnologia do tipo leve-dura, pois implica em saber estruturado com escopo de operar, em tempo futuro, no processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica.

Conforme Silva (2014), as ferramentas fornecem dados que guiam a decisão clínica do enfermeiro e colaboram para implementação de mudanças na forma de cuidar, assim como garantem a efetividade no planejamento da assistência.

Para a elaboração da ferramenta proposta, os participantes do estudo de campo foram essenciais para tornarem possível a visibilidade dos seus processos de trabalho acerca da assistência a pessoa em sofrimento psíquico. De forma que disponibilizaram informações fundamentais para geração de fluxos individuais da assistência à pessoa em sofrimento, que por sua vez serviram como fonte para obtenção do fluxograma final.

Todas as fontes utilizadas para a preparação do fluxograma foram cruciais, as entrevistas giraram em torno das realidades e das necessidades relatadas pelos enfermeiros; a revisão integrativa implicou na obtenção de dados, baseados em evidências, para uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde. Sendo os resultados de pesquisas considerados um dos pilares da prática baseada em evidências (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; GALVÃO; SAWADA, 2003); o fluxograma do MS, uma ferramenta já estudada e publicada por uma referência nacional, serviu de base tanto para obtenção de informações quanto para estruturar o fluxograma aqui proposto.

O MS tornou público em 2013, no caderno de atenção à saúde, o fluxograma dos usuários na UBS e afirmou que esse deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2013).

Mediante essas considerações, observa-se que umas das diferenças do fluxograma elaborado neste estudo com relação ao do MS é a população que é direcionada para utilizar a ferramenta, pois o fluxograma aqui proposto restringe-se ao enfermeiro.

O desenvolvimento da quarta etapa, consulta do fluxograma pelos especialistas através do método Delphi, mostrou-se imprescindível para concretizar

a elaboração do fluxograma, uma vez que os itens colocados na versão I encontravam-se passíveis de falhas. Com as contribuições dos enfermeiros especialistas, foi garantida a consistência, completude e realismo dos itens, deixando-os prontos para composição do fluxograma final.

Durante esse processo de consulta, foram encontradas algumas disparidades de opiniões, devido a isso, as mesmas foram colocadas novamente para julgamento dos próprios especialistas a fim de obter consenso. E as sugestões oferecidas por cada participante foram acrescentadas e/ou modificadas conforme orientação no parecer. Tais sugestões foram colocadas, em seguida, para concordância ou não dos especialistas com intuito de aprimorar a ferramenta proposta.

O resultado final obtido, neste estudo, demonstrou que os itens identificados por um método foram confirmados pelos resultados de outros métodos e os métodos combinados contribuíram para melhorar e completar os itens já designados. De modo que itens identificados e inseridos no fluxograma, por exemplo, advindos da revisão integrativa só se mantiveram no fluxograma se confirmados através da consulta dos juízes.

O fluxograma proposto, neste estudo, apresenta-se como uma ferramenta de cunho assistencial e gerencial, voltado para todos os enfermeiros que possuem suas atividades na atenção básica e tem como núcleo o desenvolvimento da assistência de enfermagem à pessoa em sofrimento psíquico.

Conforme Beserra et al (2014), o sofrimento está na origem da condição humana, quando o ser se confronta com a angústia de sua finitude. É intrínseco à humanidade e inerente ao cuidar.

O enfermeiro precisa analisar sua prática também com base em uma visão antropológica e filosófica, e não somente técnica, para que possa ter condições de compreender as inúmeras situações vivenciadas durante sua atividade laboral e no cuidado do ser humano que sofre (BESERRA et al, 2014; MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Tendo em vista que o sofrimento faz parte da natureza humana, os enfermeiros também estão suscetíveis a passar por ele ou até já passaram. Na enfermagem, vive-se uma realidade de trabalho cansativo e desgastante para os trabalhadores, em que as pessoas convivem com a dor e o sofrimento (PAULA et al, 2010). Com isso, os enfermeiros precisam estar conscientes dessa verdade e,

assim, disporem-se a assistir as pessoas com esse olhar, ou seja, ver a pessoa de forma holística.

Faz-se destaque a necessidade de desenvolver uma visão que supere a distinção rígida entre mente e corpo em que os fenômenos destas classes aparentemente distintas sejam compreendidos como parte de um todo integrado (BRASIL, 2013).

Um estudo realizado em 2012, do tipo revisão integrativa, se aproximou um pouco do presente estudo, no entanto focou no sofrimento psíquico como patologia e foi voltado para a equipe de saúde. Teve como objetivos explicar de forma sucinta a responsabilidade da atenção básica no âmbito da saúde mental e propor um fluxograma de atendimento de forma generalizada aos que trabalham e necessitam dos serviços de saúde mental (VIRGOLINO et al, 2014).

No que concerne à construção de fluxograma em estudos envolvendo temáticas na saúde mental, foram encontradas dissertações que tinham objetos de estudo diferentes do definido neste. Um estudo, desenvolvido em São Paulo em 2013, tratou-se sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica, no qual foi elaborado um fluxograma do tipo analisador como uma das estratégias metodológicas e teve como objetivo cartografar o cuidado prestado pelos profissionais atuantes na ESF, ao portador de transtorno psíquico.

Também foi encontrada uma dissertação de 2011, realizada em São Paulo, que abordou os processos de trabalho [no campo psicossocial] de uma equipe de referência do CAPS III - percursos para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço. Nesse estudo, utilizou-se o fluxograma do tipo descritor como estratégia metodológica para captar os processos de trabalho.

Diante dos estudos realizados acima, percebeu-se que os objetivos traçados, mesmo sendo diferentes do objetivo estabelecido no presente estudo, têm interesses convergentes, ou seja, todos almejam o aprimoramento das atuações dos profissionais e melhoria da qualidade dos serviços e, conseqüentemente, o cuidado destinado às pessoas assistidas.

Ainda sobre os estudos realizados, todos utilizaram a mesma estratégia metodológica - fluxograma. No entanto, a forma de elaboração do fluxograma foi distinta, pois neste estudo houve uma adaptação ao fluxograma proposto por Merhy, no qual a obtenção das informações ocorreu, inicialmente, a partir de entrevistas com apenas uma categoria (enfermeiros) e, posteriormente, foram completadas com

mais duas fontes, já os outros estudos citados partiram de apenas uma fonte – profissionais de saúde.

É importante ressaltar que o fluxograma proposto não exclui o raciocínio clínico e o processo de julgamento do profissional, ele garante um auxílio para o profissional e não uma substituição do mesmo. Por isso, diante de um dilema durante a assistência de enfermagem à pessoa em sofrimento psíquico, o enfermeiro precisa ser crítico e utilizar o fluxograma como apoio à tomada de decisão.

O uso de fluxograma referente ao processo de trabalho do enfermeiro a fim de atender as necessidades de cuidado no âmbito da saúde mental torna-se imprescindível para munir o enfermeiro com informações que delineiam a sua atuação quanto profissional de atenção básica. Ressalta-se que o processo de trabalho representa a dinâmica pela qual as atividades do profissional se desenvolvem.

Um estudo realizado em três distritos sanitários existentes em João Pessoa, com amostra formada por 70 enfermeiros da rede pública, lotados em unidades de saúde da família, concluiu que o uso de ferramentas para apoio à tomada de decisão representa grande avanço nas ações de saúde, reverberando em prática com resultados assertivos. Bem como, maximizar os recursos disponíveis nas Unidades de Saúde, evitando desperdício de materiais de elevado valor, além de tempo dos trabalhadores (CORREIA; SILVA; LIMA NETO, 2013).

A escolha de ferramentas auxiliares para a tomada de decisão durante o processo de trabalho dos enfermeiros revelou que a maior parte dos entrevistados de um dos distritos faz uso de experiência pessoal entre 87,50% deles. Enquanto a minoria (37,50%) afirmou utilizar modelos existentes na literatura especializada para tomar decisões técnicas de enfermagem durante seu trabalho (CORREIA; SILVA; LIMA NETO, 2013). Com isso, observa-se o quão importante é o uso de ferramenta de apoio à tomada de decisão, confirmando com a proposta deste presente estudo.

Há uma ideia errônea, porém amplamente difundida, segundo a qual as melhorias na saúde mental requerem tecnologias sofisticadas e caras, com pessoal altamente especializado (WHO, 2010). Deste feito, o fluxograma, apresentado no presente estudo como proposta para a comunidade científica representa uma tecnologia simples, prática e de baixo custo, que não necessita de profissionais especializados na área de saúde mental para utilização. No entanto, salienta-se que

para uso adequado e eficaz da ferramenta é fundamental a realização de uma breve capacitação para os enfermeiros da atenção básica, especificamente USF e UBS.

A atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações destinadas para a saúde mental. A primeira consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; a segunda compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados (BRASIL, 2013).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, na construção da atenção integral, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, como: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2011).

Tendo em vista que as UBS e USF são porta de entrada, os profissionais de saúde devem ser hábeis para assistir as pessoas integralmente, em busca de resolver ao máximo as questões do processo saúde-doença delas, que buscam o serviço a fim de obter melhor qualidade de sua saúde.

A saúde mental e atenção básica, conforme Brasil (2013), são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área de Saúde.

Conforme Tanaka e Ribeiro (2009), a atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados.

Infere-se que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, desta forma, não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. E, por isso, faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da atenção básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões (BRASIL, 2013).

CONCLUSÃO

A proposta deste estudo foi desenvolver um fluxograma para apoiar a tomada de decisão do enfermeiro na assistência à pessoa em sofrimento psíquico na atenção básica.

As etapas estabelecidas para elaboração do fluxograma foram planejadas e percorridas de forma sistemática para facilitar o desenvolvimento do estudo e evitar quaisquer prejuízos nos subsídios adquiridos.

As execuções do estudo de campo e da revisão integrativa, ocorridas na FASE I, com as respectivas análises dos dados, possibilitaram a captura das necessidades dos enfermeiros para a proposta da solução. E ainda foram obtidas informações sobre as estratégias/ferramentas existentes na prática dos entrevistados e nas evidências científicas.

O planejamento do fluxograma focou em atender as necessidades dos enfermeiros e das pessoas assistidas por eles. Portanto, foram utilizados, nessa FASE II, itens advindos de fontes (entrevistados, artigos científicos, fluxograma do MS) confiáveis e complementares.

A utilização de mais de um método como fonte foi imprescindível, buscando-se também, desta forma, a consulta do fluxograma por especialistas da área, que se mostrou, particularmente, importante por revelar detalhes singulares para a elaboração final da ferramenta. Os especialistas auxiliaram na manutenção da estrutura, fluxo de orientação, itens, layout, conteúdo e dimensões, contribuindo para melhoria e consolidação da ferramenta.

Diante dos dados obtidos no estudo de campo, encontraram-se situações relatadas pelos participantes de difícil identificação do sofrimento psíquico e manejo, constatando, dessa forma, que os enfermeiros possuem necessidades de apoio para atuarem diante das pessoas que chegam em sofrimento. Além disso, foram afirmadas ausência de capacitação na área de saúde mental e carga horária reduzida da disciplina na área durante o curso da graduação. Portanto, o fluxograma elaborado surge como proposta para suprir tal necessidade acerca da assistência à pessoa em sofrimento.

A ferramenta elaborada pode oferecer amplitude de todo um processo e ser um meio facilitador no gerenciamento do cuidado, à medida que proporciona ao

enfermeiro subsídio para a tomada de decisão mais adequada, ágil e mais segura, evitando lacunas ou falhas na assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

Ademais, traz inovação tanto para a saúde mental quanto para a atenção básica, tratando sobre encaminhamentos/conduitas dos enfermeiros durante assistência à pessoa em sofrimento psíquico na atenção básica.

As limitações do estudo residem na necessidade de realização de testes de usabilidade e da qualidade em uso, uma vez que não foram realizados testes com o fluxograma. Ultrapassar essa fase pode desencadear erros, tanto no fluxo de trabalho quanto na eficiência da informação. Outro ponto a ser destacado é o número restrito de profissionais participantes na primeira etapa e por ser voltado para uma categoria específica, restringindo-se as informações. Bem como, por se tratar de um estudo local, que implica no resultado obtido através das perspectivas da realidade dos participantes.

Apesar de alcançar a elaboração do fluxograma neste estudo, a ferramenta ainda não está preparada para uso e, portanto, sugere-se para trabalhos futuros, o desenvolvimento de validação do fluxograma, considerando a perspectiva dos sujeitos envolvidos, tanto especialistas quanto futuros usuários da ferramenta. Visando apoiar à tomada de decisão no cuidado de enfermagem e a obtenção da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ADAIR, J. **Decision making & problem solving strategies**. London: Kogan Page; 2007.

ALMEIDA, M.L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. Esp, p. 131- 7, 2011.

BESERRA, E.P. et al. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1. p. 175-180. Jan-Mar, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0175.pdf>> Acesso em: 15 out. 2015.

BRANT, L.C.; GOMES, C.M. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Cienc. saude colet**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-23. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100021>. Acesso em: 17 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 set. 2013. Seção 1, p.137. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Saúde Mental**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BERTI, H.W.; BRAGA, E.M.; GODOY, I. Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 2, p. 184-191, Mar-Abr, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 nov. 2015

BUCHANAN, L.; O'CONNELL, A. A brief history of decision making. **Havard Business Review**, jan, 2006.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO W.D.; KERBER, N.P.C. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 140-147, Jun, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200018>. Acesso: 05 mai. 2015.

CAMELO, S.H.H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, Jan-Feb, 2012.

ROCHA, P.K. et al E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev .bras. enferm.** v 61, n. 1, p. 113-116, 2008.

CAMBUÍ, H.A.; NEME, C.M.B.O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário coletivo de estudantes de Psicologia. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 75-88, Maio-Ago, 2014.

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME Rev Min Enferm**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 429-34, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>>. Acesso em: 24 out. 2015.

CAVALCANTE, R.B; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M.M.K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v. 24, n.1, p. 13-18, Jan-Abr, 2014.

CESAR, M. P.; SIQUEIRA, M.M. Saúde Mental na Atenção Básica. UFES. **Revista de Odontologia** (Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde), v. 13, p. Editorial, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/1594/1194>> Acesso em: 21 set. 2015.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral de Administração**. 8ª ed. São Paulo, SP: Campos, 2011.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. Cap. 4, p. 35-50, 2010.

CORREIA, A. A. **Tomada de decisão no processo de trabalho de enfermeiros: conhecendo a realidade nas Unidades de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado Centro de Ciências Exatas e da Natureza) – Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

CORREIA, A.A.; SILVA, C.C.; LIMA NETO, E.A. Tomada de decisão no processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n.esp, p. 6563-6571, nov., 2013.

CONISHI, R. M. Y; GAIDZINSKI, R. P. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n.3, p. 346-354, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

CROZETA, K. et al. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 239-43, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/14.pdf>>. Acesso: 17 jan. 2016.

CULLEY, J.M. Use of a Computer-Mediated Delphi Process to Validate a Mass Casualty Conceptual Model. **CIN: Comput Inform Nurs**, v. 29, n. 5, p. 272–279, Mai, 2011.

DESLANDES, S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1633-1645, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/18.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações In: Chanlat, JF. **O indivíduo na Organização**. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1996.

DÍAZ-MARTÍN, A.; PAREDES, O.G.C. Seguimiento a pacientes con diagnóstico enfermero NANDA: baja autoestima situacional, en la consulta de Atención Primaria. **Elsevier**. Madrid, v. 23, n. 5, p. 196-202, Set-Out, 2013.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.S. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Editorial. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 1-260, Jan-Mar, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: **Gerenciamento de enfermagem**. Coordenadora Paulina Kurcgnat. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FERNANDES, M.C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Saúde, 2012.

FERREIRA, M.L.S.M.; PENQUES, R.M.V.B.; MARIN, M.J.S. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichán**. Bogotá, v.14, n. 2, p. 216-225, Mai-Ago, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000200009> Acesso em: 28 fev. 2015.

FRANCO, C. M.; SANTOS, S.A; SALGADO, M.F. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Organizado por Luisa Regina Pessôa, Eduardo Henrique de Arruda Santos e Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torre. Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O uso das ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2004. p.135-60.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 57-60, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, mar, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2330/233030659006.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2015.

GARDELA JUNIOR, O. Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 1, p. 133- 148, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GONÇALVES, R.M.D.A. et al. Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.10, p. 49-56, Dez, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602013000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 nov. 2015.

GUIMARÃES, E.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci.Inf**, Brasília, v.33, n. 1, p.72-80, Jan-Abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-19652004000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 set. 2015.

JUCÁ, V.J.S.; NUNES, M.O.; BARRETO, M.S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 173-182, Jan-Fev, 2009. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100023>. Acesso em: 19 out. 2015.

KAWATA, L.S. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família - construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 961-70, Out-Dez, 2013.

KOERICH et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. Esp, p. 178-85, 2006.

KOTZ et al. Tecnologias, humanização e o cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista UNINGÁ**, v.18, n. 3, p.50-55, Abr-Jun, 2014.

KRAEMER, F.Z.; DUARTE, M.L.C.; KAISER, D.E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 32, n.3, p. 487-494, 2011.

LACOMBE, R.J.; HEILBORN, G.L.J. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LEOPARDI, M. T. (Org). **O Processo de Trabalho em Saúde : Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós -graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Papa Livros, 1999.

LEOPARDI, M.T.; GELBECK, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & contexto Enfermagem**, v. 10, n.1, p. 32-49, Jan-Abr, 2001.

LIKERT, R. Una Técnica para la Medicion de Atitudes. (A technique for the measurement of attitudes, *Arquives of Psychology*, n.140, p.1-50, 1932). In:

WEINERMAN, C. H. **Escalas de Medicion en Ciências Sociales**. Buenos Aires: Nueva Vision, p.201-260. 1976.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. (Eds.). **The Delphi method: Techniques and applications**. Boston, MA: Addison-Wesley. 1975.

LYNCH, J.M.; ASKEW, D.A.; MITCHELL, G.K. Beyond symptoms: defining primary care mental health clinical assessment priorities, content and process. **Soc Sci Med**, n. 74, n. 2, p. 143-149, Jan, 2012.

MARTINS, J.T; ROBAZZI, M.L.C.C. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-58, Jan-Fev, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100009>. Acesso em: 05 jan. 2015.

MASSAROLO, M.C.K.B.; FERNANDES, M.F.P. Ética e gerenciamento de enfermagem. In: Gerenciamento de enfermagem. Coordenadora Paulina Kurcgant. 2 ed. 196 p. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2005.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n. 1, p. 123-130, Jan-Fev, 2011.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 762-768, Out-Dez, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E.E., ONOKO R., organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

MERHY, E.E.; ONOCKO R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR, H.M.; RIMOLI, J. et al. **O trabalho em saúde: olhado e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 98-161.

MUNARETTO, L.F.; CORRÊA, H.L.; CUNHA, J.A.C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, Jan-Mar, 2013.

NASCIMENTO, V.F. Fluxograma de acesso e atendimento de enfermagem em unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1922 -1927, 2013.

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev Bras Enferm on line**, v. 63, n. 4, p. 666-70, 2010.

OLIVEIRA et al. Reconstruindo novos paradigmas do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 4, p. 919-926, Abr, 2014.

PAULA, G.S. et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. **Aquichan**, Chía, v.10, n. 3, p. 267-279, Dez, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/741/74116984008.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

PEREIRA, F.J.R.; SILVA, C.C.; LIMA NETO, E.A. O Processo do Ensino de Tomada de Decisão em Enfermagem: Avaliação Perceptiva de Docentes de Uma Instituição de Ensino Superior Pública. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 349-356, 2013.

PEREZ, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v.15, n..3, Jul-Set, 2006.

PETRIE, E. Action research informing the development of a conceptual model of care and service delivery to populations of interest in rural and remote. **Australas Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 102-105, Jul, 2011.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTT, F.S.; RIBAS, J.D.; SILVA, O.B.M. ET AL. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 2, p. 238-244, Abr-Jun, 2013.

RIDEOUT, C. et al. Using the Delphi and Snow Card Techniques to Build Consensus Among Diverse Community and Academic Stakeholders. **Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action**, v. 7, n. 3, p. 331-339, 2013.

ROCHA, I.A. et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 155-162, Set, 2013.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do psf. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n.3, p. 230-235, Mai-Jun, 2003.

SALVADOR et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-117, Jan-Mar, 2012.

SANTANA, A.M.B. et al. Processo do trabalho em saúde na atenção primária: um passeio pela literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 3-10, Ago-Dez, 2013.

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-11, Jun, 2007.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. **Rev. RENE**, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ. **Distritos Sanitários de Saúde**. Disponível em: <http://www.sms.maceio.al.gov.br/_img/Mapa_psf.png> Acesso em: 13 ago. 2015.

SILVA, A.T.M.C.; SILVA, C.C.; FERREIRA FILHA, M.O. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 411-415, Jul-Ago, 2005.

SILVA DE PAULA, G. et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, Ed. Supl, p. 33-36, jan-mar, 2012.

SILVA, R.M. et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 635-642, 2012.

SOUZA, M.T.S.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n.1 (Pt 1), p.102-106, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SOUZA, A. C. RIVEIRA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**, v. 4, n. 1, p . 105-14, 2010.

SPAGNUOLO, R.S. Vantagens das revisões sistemáticas e diferenças entre revisões sistemáticas e narrativas. In: **Guia prático de medicina baseada em evidências**. Organização Regina El Dib. 1ª ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

SOUZA, A.J.F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 391-395, Jul- Ago, 2007.

SOUZA, J. et al. Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 26, n. 6, Nov-Dez, 2013.

SOUZA, J.; LUIS, M.A.V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 852-858, 2012.

STONE, P.W. Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. **Appl Nurs Res**, v.15, n. 3, p.197-198, Ago, 2002.

TABILE, P.M. et al. A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto pet-saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6, n. 1, p.680-90. 2015, 2015. Disponível em:
<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/810/pdf_1>
Acesso em: 26 jan. 2016.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TEXERA, G. G.; SILVA, P. F.; MUNIZ, J. **Fluxograma, diagrama de blocos e Chapin no desenvolvimento de algoritmos**. 2013. Disponível em:
<<http://www.devmedia.com.br/fluxogramas-diagrama-de-blocos-e-de-chapin-no-desenvolvimento-de-algoritmos/28550>>. Acesso em: 12 set. 2015.

THOFEHRN, M.B.; MONTESINOS, M.J.L.; ARRIEIRA, I.C. ET al. Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p.141-146, Jan-Mar, 2014.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

VIRGOLINO, F.S.S. et al. A responsabilidade da atenção básica no âmbito da saúde mental: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 4, p. 1021-

1028, Abr, 2014. Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3975/8912>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

WASHINGTON, T.D. Psychological stress and anxiety in middle to late childhood and early adolescence: manifestations and management. **J Pediatr Nurs**, v. 24, n. 4, p. 302-313, Ago, 2009.

WATT, J.; GULY, H. Identifying the research question and planning the project. **Emerg Med J**, v. 19, n. 4, p. 318-21, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde**. Tradução: José Manoel Bertolote. Adaptação Gráfica e Layout: Tiago F. L. Casini. 2010. 120p.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Genebra, 2001.

WILLIAMS, P.L.; WEBB, C. The Delphi technique: a methodological discussion. **J Adv Nurs**, v. 19, p. 180-186, 1994.

WILLS, C.E; M. HOLMES-ROVNER. Integrating Decision Making and Mental Health Interventions Research: Research Directions. **Clin Psychol**, New York, v. 13, n. 1, p. 9–25, 2006.

WRIGHT, J.T.C.; GIOVINAZZO, R.A., **Delphi, uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo**. Caderno de pesquisas em administração. São Paulo, v. 1, n. 12, 2000.

YARCHESKI, T.J. et al. Perceived stress and wellness in early adolescents using the Neuman Systems Model. **J Sch Nurs**, v. 26, n. 3, p. 230-237, Jun, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: participantes da pesquisa de campo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....
 tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) da pesquisa **“Construção de um instrumento de apoio à decisão para enfermeiros de unidade básica de saúde e unidade de saúde da família sobre sofrimento mental”**, recebi das pesquisadoras Enf.^a mestranda Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita e das docentes Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate, orientadora, e Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque, co-orientadora, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que a pesquisa se destina a facilitar a rotina de atendimento do enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) a identificar, intervir e encaminhar aos serviços de saúde especializados pessoas em sofrimento mental.
- Que a importância desta pesquisa é a de que ela pode oferecer subsídios para os enfermeiros que atuam nas UBS e USF atenderem com melhor preparo e segurança as pessoas em sofrimento mental.
- Que o resultado que se deseja alcançar é a proposta de desenvolvimento de um instrumento de apoio à decisão ao enfermeiro que atua em UBS e USF sobre atendimento à pessoa em sofrimento mental.
- Que a pesquisa será conduzida seguindo as etapas: 1 e 2) revisão da literatura para aprofundar a pesquisa e embasá-la; 3) após autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal da Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, as pesquisadoras entrarão em contato com os participantes e entregarão este TCLE aos que aceitarem participar. A coleta de dados será realizada através de entrevistas e, posteriormente, os depoimentos serão transcritos na íntegra e validados pelos entrevistados; 4) análise e discussão dos dados e construção do instrumento com base no levantamento dos requisitos, realizados nas etapas anteriores; 5) validação do instrumento por meio do Método Delphi, com participação de especialistas sobre um tema específico, também denominado de juízes ou peritos. Os resultados alcançados serão divulgados em periódicos científicos indexados e apresentados em congressos científicos. Ao término do estudo, as entrevistas serão arquivadas em local apropriado garantindo o sigilo dos dados e destruídos após o período de cinco anos.
- Que participarei da 3ª etapa desta pesquisa concedendo as pesquisadoras uma entrevista que será gravada por meio de aparelho MP4 da marca Samsung e transcritas e, posteriormente, serão validadas por mim.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa em hipótese alguma e que as divulgações das informações serão feitas em periódicos científicos referentes à área de estudo.
- Que os benefícios do estudo não serão diretamente a mim, mas a área de enfermagem, pois estarei colaborando para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. Visto que, ferramentas de apoio à decisão na área de saúde mental no Brasil para enfermeiros de UBS e de USF são incipientes, bem como facilitar e otimizar a rotina de atendimento do enfermeiro frente às pessoas em sofrimento mental.
- Que os possíveis riscos que poderão existir serão: desconforto, cansaço físico ou mental, ou impaciência durante a entrevista, bem como, terão que interromper suas atividades laborais por um período de no máximo 30 minutos. Desta maneira, para prevenir e minimizar os possíveis riscos e incômodos envolvidos, as pesquisadoras irão combinar com os

entrevistados o melhor dia e horário para ser realizada a entrevista, visando minimizar esse incômodo. Bem como, também pode ocorrer constrangimento pelos enfermeiros por desconhecem a forma de atender pessoas em sofrimento mental. Para amenizar, as pesquisadoras irão explicar sobre os objetivos da pesquisa. O local a ser realizada a coleta de dados será em ambiente reservado, respeitando o horário acordado e a minha vontade de ser entrevistado(a) de acordo com as minhas condições de realização, continuidade e encerramento da entrevista.

- Que deverei contar com a seguinte assistência: caso a entrevista ocasione cansaço ou desconforto, as pesquisadoras permitirão que eu descanse como forma de recuperar-me e permanecerão comigo durante todo o período de recuperação, sendo responsável por esta assistência a Enfa. Keysse Suélen Fidelis de Mesquita.
- Que sempre que desejar me serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas da pesquisa.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando da pesquisa e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo com as pesquisadoras, bem como no ambiente de trabalho.
- Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras no desenvolvimento de uma pesquisa relevante para a área de enfermagem.
- Que serei indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa.
- Que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será firmado entre eu e as pesquisadoras em duas vias devidamente assinadas em todas as suas páginas e que ficarei com uma dessas vias e as pesquisadoras com a outra.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Keysse Suélen Fidelis de Mesquita

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, CEP: 57072-970
Fone: (82) 3214 1171

Profª. Drª. Patrícia de Carvalho Nagliate

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, CEP: 57072-970
Fone: (82) 3214 1171

Profª. Drª. Maria Cícera dos Santos Albuquerque

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, CEP: 57072-970
Fone: (82) 3214 1171

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária, Fone: 3214-1041.

.....de.....de.....(cidade,dia, mês)

	<p><i>Keyse Suélen Fidelis de Mesquita</i> Mestranda Keyse Suélen Fidelis de Mesquita Pesquisadora principal</p>
<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p><i>Patrícia de Carvalho Nagliate</i> Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate Professora orientadora</p>
	<p><i>Maria Cícera dos Santos Albuquerque</i> Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque Professora co-orientadora</p>

APÊNDICE B – Agendamento das visitas

UNIDADE	ENFERMEIRO (A)	DIA E HORÁRIO	AGENDAMENTO/VISITA
DSS I			
A	P11	22.06.15 às 09:30	Visita agendada
B	P16	25.06.15 às 14:00	Visita agendada
DSS II			
C	P3	11.06.15 às 10:30	Visita agendada
D	P9	16.06.15 às 15:00	Visita agendada
DSS III			
E	P5	15.06.15 às 14:30	Visita
E	P1	03.06.15 às 15:30	Visita agendada
DSS IV			
F	P4	11.06.15 às 11:30	Visita agendada
G	P14	25.06.25 às 10:00	Visita
DSS V			
H	P7	16.06.15 às 13:00	Visita agendada
H	P8	16.06.15 às 15:30	Visita agendada
DSS VI			
I	P15	25.06.15 às 11:30	Visita
J	P13	23.06.15 às 14:00	Visita agendada
DSS VII			
K	P6	16.06.15 às 11:00	Visita
L	P12	23.06.15 às 10:00	Visita agendada
DSS VIII			
M	P2	10.06.15 às 14:00	Visita agendada
N	P10	19.06.15 às 14:00	Visita

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semiestruturada

PRIMEIRO MOMENTO:

- Cumprimentar e agradecer o participante da pesquisa;
- Explicar ao participante os objetivos do estudo e esclarecer quaisquer dúvidas;
- Orientar e esclarecer quanto ao desenvolvimento da entrevista;
- Orientar sobre o T.C.L.E.

SEGUNDO MOMENTO (com o gravador ligado):

- Proceder à entrevista com o participante da pesquisa seguindo as questões dos dados de caracterização e perguntas disparadoras e exmanentes.

TERCEIRO MOMENTO:

- Agradecer ao participante da pesquisa pelas contribuições e realização da entrevista.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

a) Data da entrevista: __/__/____

b) Número da Entrevista: _____

c) Nome do (a) entrevistado(a):

d) Pseudônimo: _____

e) Idade: ____ anos

f) Ano de formação: _____

e) Especialização: () NÃO () SIM. Qual?

g) Atua em qual serviço? () UBS () USF . Nome da Unidade:

h) Há quanto tempo atua em UBS/USF? _____

f) Hora de inicio da entrevista: _____ Hora de término da entrevista: _____

g) Observações: _____

PERGUNTA NORTEADORA – “Quando chega um paciente em sofrimento mental na unidade, o que você faz?”

Perguntas Disparadoras:

- 1 - E o que você entende por sofrimento mental?
 - 2 - E transtorno mental?
 - 3 - Existe diferença entre sofrimento mental e transtorno mental?
 - 4 - Você consegue identificar uma pessoa que está em sofrimento mental? Como você identifica?
 - 5 - Para você quais são os sinais de sofrimento mental?
 - 6 - Você sente alguma dificuldade de identificar? Qual(s) dificuldade(s)?
 - 7 - Existe algum instrumento na unidade que auxilie na identificação de pessoas em sofrimento mental? Se sim, qual(s)? E de intervenção?
 - 8 - E quando você identifica o que você faz (intervenção)?
 - a) Para onde você encaminha esses pacientes?
 - b) O que você pode fazer antes de encaminhar (CAPS ou ao psiquiatra)?
 - c) Você encaminha com certeza para o psiquiatra ou acha que pode intervir antes de encaminhar?
 - 9 - Você conhece a rede de atenção psicossocial que a UBS/USF está inserida? Quais são serviços que podem atuar juntamente?
 - 10 - Existe algum instrumento na unidade que auxilie no encaminhamento (rede) de pessoas em sofrimento mental? Se sim, qual(s)?
 - 11- Você considera o seu conhecimento sobre sofrimento mental suficiente para atender a demanda?
 - 12 - Você recebeu alguma capacitação sobre Saúde Mental nos últimos 5 anos? Em que ano realizado (s)? Qual instância realizou (SMS ou SES)? Recebe com frequência?
 - 13 - A capacitação tratou-se sobre os sofrimentos mentais? Quais?
 - 14 - Você gostaria de algo que pudesse ajudar a identificar e a intervir com esses pacientes?
 - 15 - Na sua opinião, o que poderia ajudar ou facilitar a identificação e a intervenção desses pacientes?
- FAZ INTERVENÇÃO ANTES DE ENCAMINHAR**
- 16- Quais as suas intervenções ao identificar uma pessoa em sofrimento mental quando chega à unidade?
 - 17- Qual a conduta em relação a uma criança?
 - 18- Qual a conduta em relação a um adulto?
 - 19- Qual a conduta em relação a um usuário de álcool e outras drogas?

APÊNDICE D – Declaração de validação de entrevista

Declaro para fins da validação do conteúdo da entrevista realizada na pesquisa “Construção de um instrumento de apoio à decisão para Enfermeiros de Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família sobre sofrimento mental” que, de acordo com o conteúdo transcrito e apresentado:

() concordo com a transcrição apresentada e com o uso dos depoimentos, garantindo anonimato, tanto para a Dissertação como para desdobramentos de sua publicação.

() não concordo com a transcrição apresentada e com o uso dos depoimentos.

Nome: _____

Data da entrevista: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) da pesquisa **“Construção de um instrumento de apoio à decisão para enfermeiros de unidade básica de saúde e unidade de saúde da família sobre sofrimento mental”**, recebi das pesquisadoras Enf.^a mestranda Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita e das docentes Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate, orientadora, e Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque, co-orientadora, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que a pesquisa se destina a facilitar o enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) a identificar, intervir e encaminhar aos serviços de saúde especializados pessoas em sofrimento mental.
- Que a importância desta pesquisa é a de que ela pode oferecer subsídios para os enfermeiros que atuam nas UBS e USF. Bem como, proporcionar um atendimento mais preparado para as pessoas em sofrimento mental.
- Que o resultado que se deseja alcançar é a proposta de desenvolvimento de um instrumento de apoio à decisão ao enfermeiro que atua em UBS e USF sobre atendimento à pessoa em sofrimento mental.
- Que a pesquisa será conduzida seguindo as etapas: 1 e 2) revisão da literatura para aprofundar a pesquisa e embasá-la; 3) após autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal da Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, as pesquisadoras entrarão em contato com os participantes e entregarão este TCLE aos que aceitarem participar. A coleta de dados será realizada através de entrevistas e, posteriormente, os depoimentos serão transcritos na íntegra e validados pelos entrevistados; 4) análise e discussão dos dados e construção do instrumento com base no levantamento dos requisitos, realizados nas etapas anteriores; 5) validação do instrumento por meio do Método Delphi, com participação de especialistas sobre um tema específico, também denominado de juízes ou peritos. Os resultados alcançados serão divulgados em periódicos científicos indexados e apresentados em congressos científicos. Ao término do estudo, as entrevistas serão arquivadas em local apropriado garantindo o sigilo dos dados e destruídos após o período de cinco anos.
- Que participarei da 5ª etapa desta pesquisa concedendo as pesquisadoras uma validação do instrumento elaborado pelas pesquisadoras referente ao atendimento em UBS e USF à pessoa em sofrimento psíquico.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa em hipótese alguma e que as divulgações das informações serão feitas em periódicos científicos referentes à área de estudo.
- Que os benefícios do estudo não serão diretamente a mim, mas a área de enfermagem, pois estarei colaborando para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. Visto que, ferramentas de apoio à decisão na área de saúde mental no Brasil para enfermeiros de UBS e de USF são incipientes, bem como facilitar e otimizar a rotina de atendimento do enfermeiro frente às pessoas em sofrimento mental.
- Que os possíveis riscos que poderão existir serão: desconforto, cansaço físico ou mental, ou impaciência durante a validação, bem como, terão que interromper suas atividades

laborais por um determinado período. Desta maneira, para prevenir e minimizar os possíveis riscos e incômodos envolvidos, as pesquisadoras irão combinar com os juízes o melhor dia e horário para ser realizada a validação, visando minimizar esse incômodo. O local a ser realizada a mesma será o ambiente que o juiz julgar adequado, respeitando a minha vontade de participar, de acordo com as minhas condições de realização, continuidade e encerramento da mesma.

- Que deverei contar com a seguinte assistência: caso a validação demore, as pesquisadoras permitirão que eu descanse como forma de recuperar-me do cansaço e de algum desconforto e permanecerão comigo durante todo o período de recuperação, sendo responsável por esta assistência a Enfa. Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita.
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: serão respeitadas as minhas condições de realização, continuidade e encerramento da validação, podendo também ser interrompida caso exista alguma intercorrência durando o tempo necessário para resolução e se for necessário marcaremos outro encontro.
- Que sempre que desejar me serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas da pesquisa.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando da pesquisa e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo com as pesquisadoras, bem como no ambiente de trabalho.
- Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras no desenvolvimento de uma pesquisa relevante.
- Que serei indenizad(o,a) por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa.
- Que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será firmado entre eu e as pesquisadoras em duas vias devidamente assinadas em todas as suas páginas e que ficarei com uma dessas vias e as pesquisadoras com a outra.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, CEP: 57072-970
Fone: (82) 3214 1171

Profª. Drª. Patrícia de Carvalho Nagliate

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, CEP: 57072-970
Fone: (82) 3214 1171

Profª. Drª. Maria Cícera dos Santos Albuquerque

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, CEP: 57072-970
Fone: (82) 3214 1171

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária, Fone: 3214-1041.

.....de.....de.....(cidade,dia, mês)

	<p><i>Keyse Suélen Fidelis de Mesquita</i> Mestranda Keyse Suélen Fidelis de Mesquita Pesquisadora principal</p>
<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p><i>Patrícia de Carvalho Nagliate</i> Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate Professora orientadora</p> <p><i>Maria Cícera dos Santos Albuquerque</i> Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque Professora co-orientadora</p>

APÊNDICE F – Quadro sinóptico da revisão integrativa sobre ferramentas

BASE DE DADOS, PERIÓDICO E ANO	TÍTULO	AUTOR (S)	LOCAL DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO	LOCAL QUE FOI DESENVOLVIDO	FERRAMENTA	OBJETIVO DO ESTUDO	CONCLUSÃO
Medline Australasian Psychiatry Vol 19, Supplement 1 2011 1	Action research informing the development of a conceptual model of care and service delivery to populations of interest in rural and remote communities	Petrie E.	Universidade de Real de Psiquiatria da Austrália e Nova Zelândia	Estudo de pesquisa-ação	Serviço rural / remoto área de saúde	The Susman and Evered (modelo de pesquisa ação baseado em 4 ciclos)	Identificar e responder ao estresse no local de trabalho e problemas relacionados em uma equipe de saúde mental da comunidade rural.	Baseado no desenvolvimento de um novo modelo de prática para melhorar o bem estar e saúde ocupacional, três ferramentas de enfermagem clínica foram desenvolvidas e implantadas na prática.
Medline J Sch Nurs, 2010 Jun;26(3):230-7 2010 2	Perceived Stress and Wellness in Early Adolescents Using the Neuman Systems Model	Thomas J. Yarchesk, Noreen E. Mahon, Adela Yarchesk, and Michele M. Hanks	Não especificado	Estudo transversal, projeto de pesquisa de correlação	Escola de uma comunidade suburbana de classe média no nordeste.	O Fator de Bem-Estar da Escala de Saúde Laffrey Conceição; A Escala de Estresse Percebido (PSS)	Examinar a relação entre estresse percebido e bem-estar em adolescentes precoces e testar a avaliação primária como mediadora dessa relação.	Adolescentes iniciais precisam entender os fatores de estresse associados a estas mudanças na maturação e aprender focado no problema e enfrentamento focalizado na emoção estratégias que ajudam a gerenciar o estresse. As enfermeiras escolares podem trabalhar com educação para a saúde professores para transmitir esta informação para adolescentes iniciais, sabendo que o objetivo é aumentar o seu bem estar.
Web of	Os	Kawata LS,	Escola de	Estudo qualitativo,	Unidades de	escutar, acolher,	identificar e analisar	o trabalho da enfermeira

<p>science</p> <p>Texto Contexto Enferm</p> <p>Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 961-70.</p> <p>2013</p> <p>3</p>	<p>desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado</p>	<p>Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM</p>	<p>Enfermag em de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP)</p>	<p>exploratório-descriutivo</p>	<p>Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil,</p>	<p>articular o cuidado de pessoas com sofrimento</p>	<p>os desempenhos nas ações da enfermeira para o cuidado individual e coletivo na Estratégia Saúde da Família</p>	<p>é desenvolvido com foco no biológico, com iniciativas de uso de ferramentas que possibilitam a ampliação da clínica e o acolhimento.</p>
<p>Web of Science</p> <p>Rev Gaúcha Enferm 2013;34(2):15 5-162.</p> <p>4</p>	<p>Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários</p>	<p>Rocha IA, Sá ANP, Braga LAV, Ferreira Filha MO, Dias MD.</p>	<p>UFPB. João Pessoa</p>	<p>pesquisa documental de caráter descritivo</p>	<p>Município de João Pessoa na Paraíba</p>	<p>Terapia Comunitária</p>	<p>identificar os principais problemas apresentados pelos usuários da terapia comunitária e identificar as estratégias que utilizam no enfrentamento das situações que provocam sofrimento emocional</p>	<p>Os resultados demonstraram que o problema mais frequente é o estresse, que a estratégia de enfrentamento mais utilizada é a espiritualidade, e que através dos discursos dos participantes é possível perceber a opinião positiva que eles têm dos encontros. A TCI é um espaço onde as relações construídas transmitem apoio emocional, fortalecem vínculos e diminuem os casos de exclusão social.</p>

<p>Web of Science</p> <p>Rev Bras Enferm Brasília (DF) maio/jun.; 56(3):230-23 2003</p> <p>5</p>	<p>A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do psf</p>	<p>Walisete de Almeida Godinho Rosa*</p> <p>Renata Curi Labate**</p>	<p>Escola de Enfermag em de Ribeirão Preto/USP</p>	<p>Qualitativo, exploratório</p>	<p>PSF de Passos-MG</p>	<p>assistência humanizada - laços de confiança e promoção à saúde, acolhimento e escuta</p>	<p>conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o PSF; identificar dificuldades pertinentes a promoção da saúde mental; investigar sobre a contribuição da enfermagem psiquiátrica dentro do PSF</p>	<p>Os discursos revelaram a necessidade de qualificação dos profissionais para trabalhar em equipe e com a família, havendo necessidade, também, de humanizar a assistência, vista neste contexto como uma atividade pré-estabelecida, sem um maior envolvimento entre equipe/comunidade.</p>
<p>Web of Science</p> <p>Rev Latino-Am. Enfermagem 19(1):[08 telas] Jan. fev 2011</p> <p>6</p>	<p>A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção</p>	<p>Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LSK, Mishima SM, Pereira MJB.</p>	<p>Escola de Enfermag em de Ribeirão Preto - USP</p>	<p>abordagem qualitativa. Utilizou-se da pesquisa-intervenção, modalidade de pesquisa participativa.</p>	<p>rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto – UBS e USF</p>	<p>clínica ampliada</p>	<p>apresentar o movimento de resignificação dos sentidos da prática clínica de enfermeiros, na atenção básica, em processo de qualificação, na perspectiva da clínica ampliada e educação permanente</p>	<p>Os resultados apontam que os enfermeiros percebem diferenças no fazer clínico, ao reconhecer o sentido da clínica centrada no usuário, os limites e tensões do cotidiano e a necessidade de respaldo da gerência e da equipe para o manejo de situações e problemas dos usuários. Identificou-se a necessidade de abrir espaço na agenda para realizá-la. Conclui-se que a prática clínica do enfermeiro vem se consolidando e que processos coletivos de análise possibilitam aprendizagens e reconstrução das práticas.</p>

<p>Web of Science</p> <p>Rev Bras Enferm Brasília (DF) Jul. ago; 60(4):391-5 2007</p> <p>7</p>	<p>A saúde mental no Programa de Saúde da Família</p>	<p>Aline de Jesus Fontineli Souza; Gina Nogueira Matias; Kenia de Fátima Alencar Gomes; Adriana da Cunha Menezes Parente</p>	<p>Teresina, PI</p>	<p>Estudo descritivo de cunho quantitativo.</p>	<p>Unidades de saúde do município onde atuam as equipes do PSF (urbana e rural)</p>	<p>Visita domiciliar Grupos/Reuniões e palestras Acolhimento/apoio aconselhamento Atividades lúdicas e físicas Levantamento de casos Terapia comunitária Orientações Entrega de medicação Atendimento ambulatorial Consulta Encaminhamentos Nenhuma</p>	<p>Identificar a formação e as ações do enfermeiro em Saúde Mental (SM), no PSF.</p>	<p>Medidas/estratégias de políticas públicas voltadas a esta área devem ser rediscutidas e operacionalizadas para (re)direcionar caminhos à reforma nas ações e nos serviços de SM.</p>
<p>Web of Science</p> <p>Rev Bras Enferm 2005 jul-ago; 58(4):411-5.</p> <p>8</p>	<p>A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem</p>	<p>Ana Tereza Medeiros C. da Silva; César Cavalcanti da Silva; Maria de Oliveira Ferreira Filha; Maria Mirian Lima da Nóbrega; Sônia Barros; Kamila Késsia Gomes dos Santos</p>	<p>Cabedelo, PB</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Rede básica de saúde do município de Cabedelo, PB.</p>	<p>escuta, agenda visitas, conversa</p>	<p>Refletir e mobilizar conhecimentos para enfrentar as questões da saúde mental através das equipes do PSF; Identificar as necessidades de saúde mental e as situações-problema que os processos de trabalho em saúde mental precisam considerar, entre os quais o processo de trabalho de enfermagem, para avançar no sentido da Reforma Psiquiátrica e do SUS, no cenário do estudo.</p>	<p>Processo de trabalho de enfermagem, pela vinculação Histórica e ideológica de sua constituição, nas sociedades de cada época, Pode ser legitimado ou superado pela prática profissional, como trabalho Que só se transforma quando agrega novos significados.</p>

Web of Science Aquichan ano 14-vol.14 n. 2-chía, colombia Junio 2014. 216-225 9	Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	Maria de Lourdes da Silva Marques-Ferreira; Rosana Maria do Vale Barreira-Penques; Maria José Sanches-Marin	Municípios da região Noroeste do Estado de São Paulo.	Estudo qualitativo, método fenomenológico	Rede básica de saúde	Acolhimento	Compreender a percepção de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre O acolhimento.	Constata-se a união de esforços dos diferentes atores Envolvidos no processo.
Web of Science Acta Paul Enferm 2012; 25(6):852-9 10	Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família	Souza J, Luis MAV	Escola de Enfermag em de Ribeirão Preto da Universida de de São Paulo	Estudo exploratório, descritivo, qualitativo.	Equipes de saúde da família de um município do interior paulista	Acolhimento; visitas domiciliares, demanda espontânea do usuário e identificação das demandas de saúde mental concomitante às outras consultas.	Descrever como são identificadas e acolhidas as necessidades de saúde mental (SM) por equipes de saúde da família, conforme a concepção de enfermeiros.	Reconhece-se a necessidade de educação permanente, revisão do SIAB e, sobretudo, criação de projetos terapêuticos sistematizados e à disposição para novos modos de cuidar.
Web of Science Acta Paul Enferm 2013; 26(6):594-600 11	Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental	Souza J, Almeida LY, Veloso TM, Barbosa SP, Vedana KG	Escola de Enfermag em de Ribeirao Preto, Universida de de Sao Paulo	Estudo transversal, qualitativo	Equipes de saúde da família de um município do interior de São Paulo	Recursos comunitários	Investigar a percepção de profissionais de estratégia de saúde da família sobre recursos existentes no território para atendimento de demandas em saúde mental.	A percepção dos enfermeiros em relação aos recursos comunitários centrou-se em instituições formais relacionadas a saúde ou ao ensino de cursos na área da saúde. Os coordenadores identificaram outros serviços de saúde e dispositivos de proteção social. Os agentes comunitários tem a maior percepção dos recursos existentes em saúde mental.

<p>Web of Science</p> <p>Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental</p> <p>(DEZ.,2013)</p> <p>12</p>	<p>Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária</p>	<p>Gonçalves RMDA; Pedrosa LAK; Oliveira MAF; Silva QCG; Abreu RMD; Pinho PH.</p>	<p>Universidade Federal do Triângulo Mineiro</p>	<p>Estudo quantitativo</p>	<p>Unidades de Saúde da família de microrregião do Triângulo Sul de Minas Gerais</p>	<p>Acolhimento Orientação Apoio familiar Genograma familiar Grupos terapêuticos Atividade física Dinâmica de grupo Educação em saúde Nenhuma atividade</p>	<p>Descrever as ações dos enfermeiros na promoção em saúde mental inseridos na atenção primária.</p>	<p>As concepções dos Enfermeiros sobre ações de promoção da saúde mental na Atenção primária estão diretamente relacionadas com a assistência E que estes profissionais reforçam a necessidade do Aperfeiçoamento na área com propostas de educação permanente.</p>
<p>Web of Science</p> <p>Esc Anna Nery (imp.) 2011 Out- dez; 15(4):762-768</p> <p>13</p>	<p>AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE</p>	<p>Mielke FB, Olschowsky A</p>	<p>Porto Alegre</p>	<p>Estudo avaliativo qualitativo, realizado com duas equipes de saúde da família, desenvolvido por meio da Avaliação de Quarta Geração</p>	<p>USF em Porto Alegre</p>	<p>acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos e grupo terapêutico</p>	<p>avaliar as tecnologias em saúde utilizadas por equipes da Estratégia Saúde da Família para o desenvolvimento de ações de saúde mental no território.</p>	<p>desenvolvimento dessas ações tem possibilitado a construção de uma nova prática em saúde mental no território que valoriza o indivíduo em sofrimento psíquico como protagonista de sua existência.</p>

**APÊNDICE G – Instrumento para avaliação do fluxograma versão I pelos juízes.
QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A
CONSTRUÇÃO DE UM FLUXOGRAMA DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO NA
ASSISTÊNCIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO PARA
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Prezado (a) senhor (a),

Com o objetivo de desenvolver um fluxograma direcionado à assistência de pessoas em sofrimento psíquico para enfermeiros de atenção básica, Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família, com ênfase ao apoio à tomada de decisão para os que atuam nestas unidades, solicito que avalie os requisitos listados neste instrumento.

Recomendo que, o preenchimento do questionário deverá ser realizado concomitantemente com a visualização do fluxograma, que apresenta as dimensões com as letras A, B, C, D e E, sinalizadas em esferas vermelhas. A avaliação será quanto à pertinência de denominação, descrição e indicadores de cada dimensão, através de marcação com um “X” correspondente ao ranking ordinal pontuado em cada item, onde: 1 – discordo totalmente; 2 – discordo parcialmente; 3 – indiferente; 4 – concordo parcialmente; 5 – concordo totalmente.

Poderá também utilizar o espaço discriminado para seu parecer, ao final da avaliação de cada dimensão, destinado à observação/justificativa da avaliação/sugestão de requisitos considerados importantes pelo (a) senhor (a), mas que ainda não foram levantados por este estudo.

A sua participação será importante para avaliar a ferramenta quanto à: a) Clareza e conceituação de cada dimensão, descrição e indicadores respectivos; b) Avaliar o conteúdo de cada dimensão. Lembre que, quanto maior a sua concordância, maior será a relevância da categoria de competência para a assistência do enfermeiro diante de uma pessoa em sofrimento psíquico. c) Acréscimo de novas dimensões, descrições e/ou indicadores, caso julgue necessário.

Desde já agradeço a sua valiosa contribuição, a qual em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Pesquisadora: Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita

E-mail: keysssesuelen@gmail.com /Celular: (82) 99921-3826

Versão I

Dimensão: A – INICIO DO FLUXO

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Descrição: Porta de entrada ao serviço de saúde.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Indicadores:**I. Entrada do usuário do SUS na unidade de saúde**

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

II. Início do acolhimento na recepção

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

III. Estrutura

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IV. Fluxo

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Parecer do juiz**Dimensão: B – CONSULTA COM O ENFERMEIRO**

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Descrição: Atividade privativa do enfermeiro.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Indicadores:**I. Consulta com o enfermeiro?**

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

II. SIM: Realizar o processo de enfermagem

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

III. Levantamento de dados: observação e entrevista (anamnese, exame físico e mental).

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IV. Diagnóstico de enfermagem

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

V. Prescrição de enfermagem

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VI. Implementação

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VII. Avaliação

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VIII. NÃO: Encaminhar para outra atividade de interesse do usuário.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IX. Estrutura

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

X. Fluxo

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Parecer do juiz**Dimensão: C – PESSOA EM SOFRIMENTO**

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Descrição: Motivação fundamental e também um refúgio da singularidade.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Indicadores:

I. O usuário apresenta sofrimento?

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

II. SIM – Dimensões do sofrimento: física, espiritual, psíquica e social.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

III. NÃO – Conduzir a consulta conforme as necessidades do usuário

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IV. SIM – Ações do enfermeiro: Escuta a demanda.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

V. SIM – Ações do enfermeiro: Abordagem holística.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VI. SIM – Ações do enfermeiro: Estabelecimento de vínculo/confiança.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VII. SIM – Ações do enfermeiro: Estabelecimento de comunicação terapêutica.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VIII. SIM – Ações do enfermeiro: Orientações pertinentes à situação.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IX. SIM – Ações do enfermeiro: Mantém o acolhimento durante todo o atendimento.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

X. Estrutura

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

XI. Fluxo

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Parecer do juiz

Dimensão: **D – SOFRIMENTO**

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Descrição: Motivação fundamental e também um refúgio da singularidade.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Indicadores:

I. Sofrimento sanado?

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

II. SIM – Ações do enfermeiro: Agendar retorno.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

III. SIM – Ações do enfermeiro: Fazer visita domiciliar.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IV. SIM – Ações do enfermeiro: Contatar a família.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

V. SIM – Ações do enfermeiro: Incluir e estimular ida ao grupo terapêutico.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VI. SIM – Ações do enfermeiro: Buscar apoio da equipe.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VII. NÃO – Encaminha para outro serviço da RAPS?

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VIII. Estrutura

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IX. Fluxo

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Parecer do juiz

Dimensão: **E – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)**

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Descrição: Rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Indicadores:

I. Encaminha para outro serviço da RAPS?

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

II. SIM – Hospital psiquiátrico.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

III. SIM – CAPS.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IV. SIM – NASF.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

V. NÃO – Encaminha para a assistente social.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VI. NÃO – Encaminha para o psicólogo.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VII. NÃO – Encaminha para o médico.

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

VIII. Estrutura

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

IX. Fluxo

1. discordo totalmente 2. discordo parcialmente 3. indiferente 4. concordo parcialmente 5. concordo totalmente

Parecer do juiz

--

APÊNDICE H – Instrumento para avaliação do fluxograma versão II pelos juízes.

QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO/AVALIAÇÃO DO FLUXOGRAMA ELABORADO PARA APOIO À TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Prezado (a) senhor (a),

Com o objetivo de elaborar um fluxograma de apoio à tomada de decisão de enfermeiros de atenção básica, Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família, para condutas/encaminhamentos de pessoas em sofrimento psíquico, solicito que avalie esta ferramenta.

Esta avaliação será referente aos itens que obtiveram uma taxa aceitável de concordância na primeira rodada, mas que poderiam apresentar falhas quanto a algumas das verificações realizadas, havendo a necessidade de passar novamente pela avaliação dos juízes para confirmar ou descartar a inclusão dos mesmos no fluxograma. Bem como, serão avaliados os itens que foram modificados para a versão II sugeridos na primeira rodada (versão I do fluxograma).

Recomendo que, o preenchimento do questionário deverá ser realizado concomitantemente com a visualização do fluxograma, que contém na estrutura organizacional seis dimensões representadas pelas letras A, B, C, D, E e F, sinalizadas em esferas vermelhas. Os itens para avaliação do fluxograma estão sinalizados no mesmo com um retângulo amarelo, que se encontram organizados em ordem cronológica (algarismos romanos de I a XI). E com numeração equivalente ao fluxograma os itens encontram-se descritos no questionário, que deverão ser assinalados com um “X” nos espaços entre parênteses “()” na opção correspondente ao julgamento, a saber: discordo totalmente; discordo parcialmente; indiferente; concordo parcialmente; e concordo totalmente. Salienta-se que a dimensão D houve consenso total.

Poderá também utilizar o espaço discriminado para seu parecer, ao final da avaliação de cada dimensão, destinado à observação/justificativa da avaliação/sugestão de requisitos considerados importantes pelo (a) senhor (a), mas que ainda não foram levantados por este estudo.

A sua participação será importante para avaliar a ferramenta.

Por se tratar do Método Delphi modificado, serão realizados no máximo três rounds a fim de obter o consenso dos juízes.

Desde já agradeço a sua valiosa contribuição, a qual em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Pesquisadora: Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita

E-mail: keysssesuelen@gmail.com /Celular: (82) 99921-3826

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque

Versão II

GERAL

Cor dos símbolos e fonte

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

Estrutura/aspecto

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

Parecer do juiz (opcional)

DIMENSÕESDimensão: **A – INICIO DO FLUXO****Indicadores:**

I. Usuário chega à unidade de atenção básica para atendimento rotineiro.

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

II. Usuário tem atividade agendada?

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

Parecer do juiz (opcional)

Dimensão: **B – ATIVIDADE/CONSULTA COM O ENFERMEIRO**

III. Atividade/Consulta com o enfermeiro?

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

IV. Atividade com outros profissionais.

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

V. Utilizar tecnologias leves do cuidado, como: escuta e comunicação terapêutica, olhar nos olhos.

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

VI. Realizar o processo de enfermagem.

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

Parecer do juiz (opcional)

Dimensão: **C – ATENDIMENTO DE ROTINA**

Indicadores:

VII. Encaminhar para setor requerido.

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

Parecer do juiz (opcional)

Dimensão: **E – PERMANÊNCIA OU NÃO DO SOFRIMENTO**

Indicadores:

VIII. Estimular/encaminhar para participação em grupos sociais

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

Parecer do juiz (opcional)

Dimensão: F – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Indicadores:

IX. Compartilhar o cuidado/atenção com outros dispositivos da RAPS?

 discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

X. Compartilha o cuidado/atenção com outros profissionais da unidade: médico, psicólogo, assistente social.

 discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

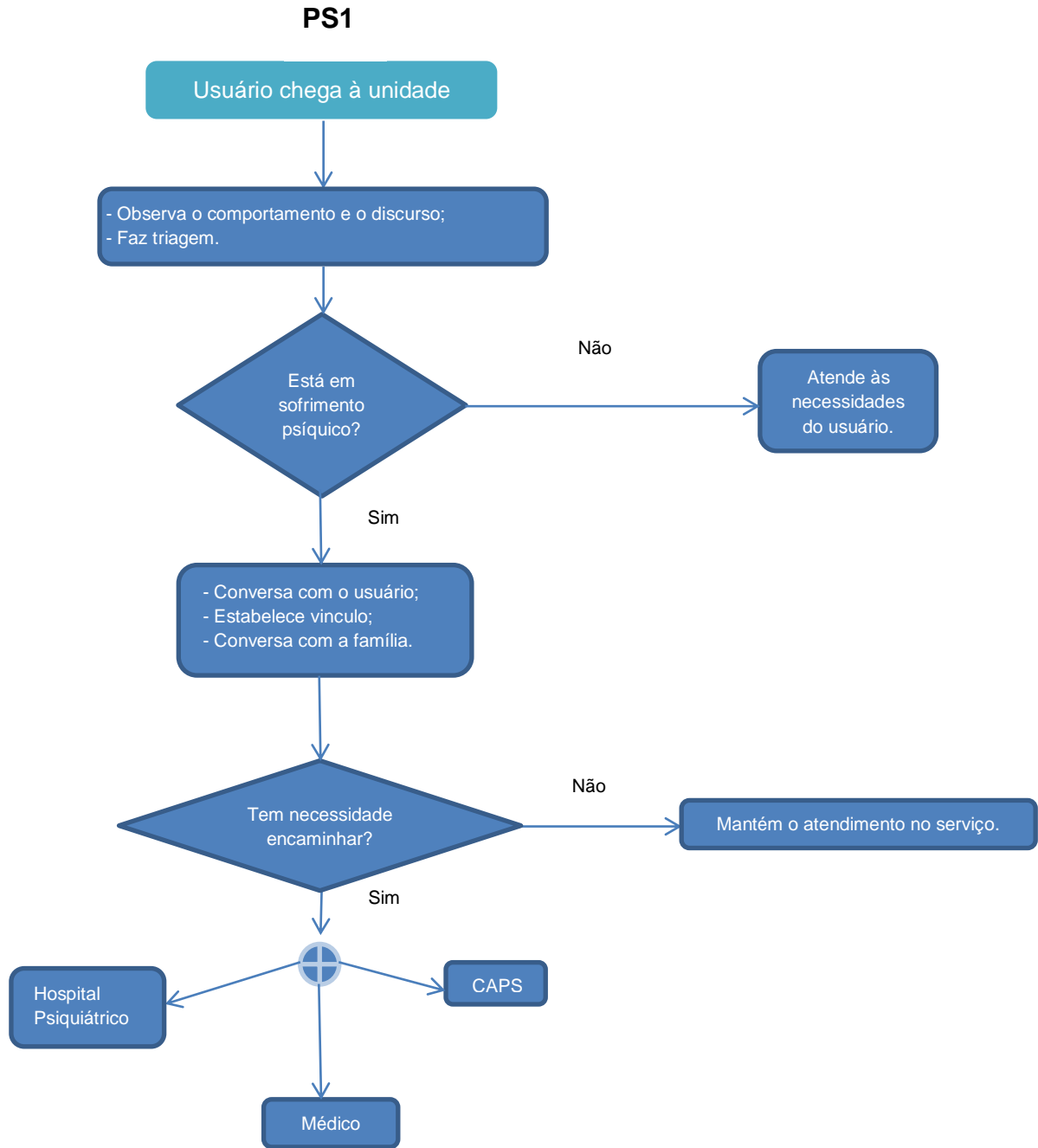
XI. Retorno/acompanhamento do usuário e sua família pelos profissionais da atenção básica.

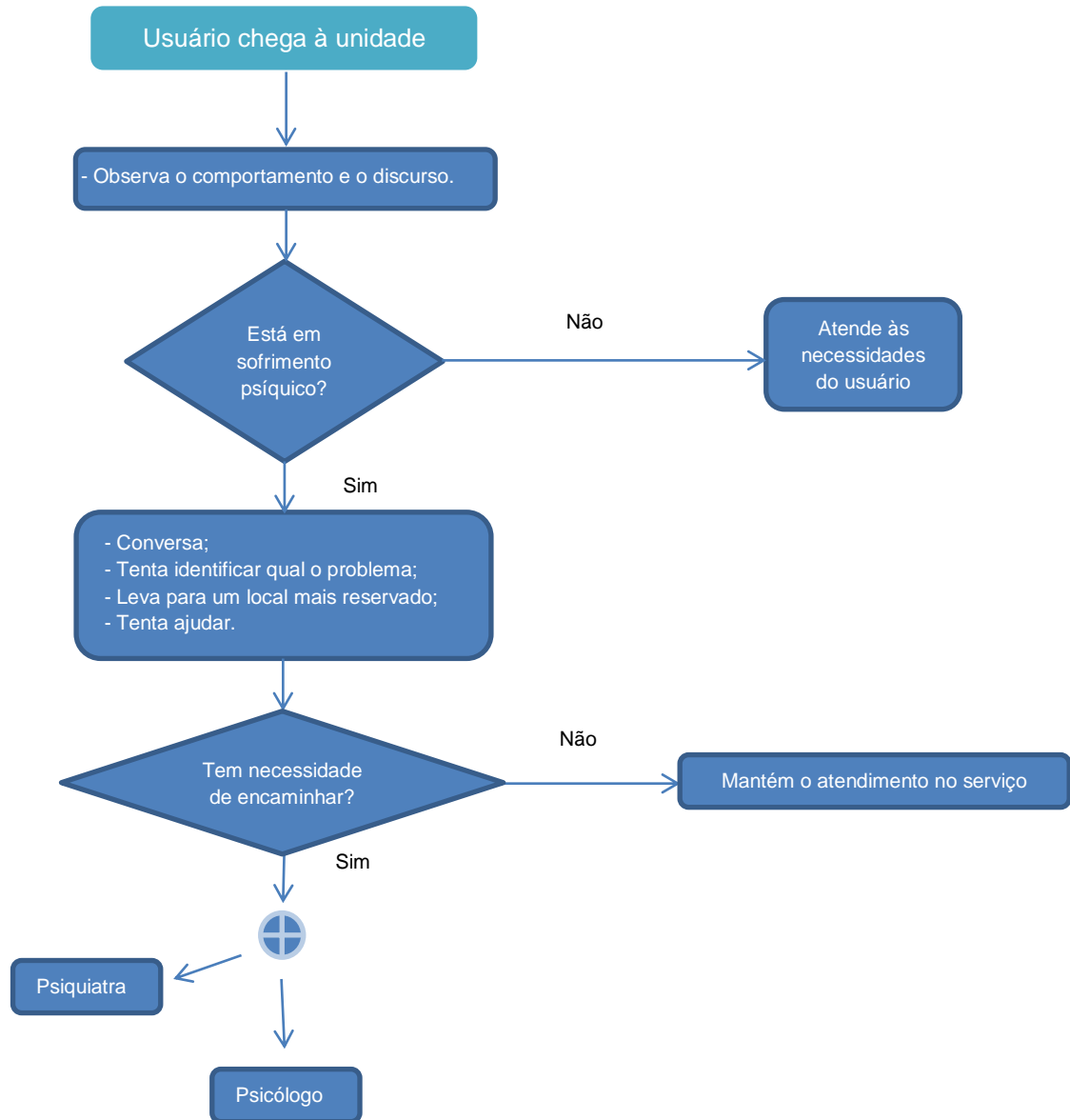
 discordo totalmente discordo parcialmente indiferente concordo parcialmente concordo totalmente

Parecer do juiz (opcional)

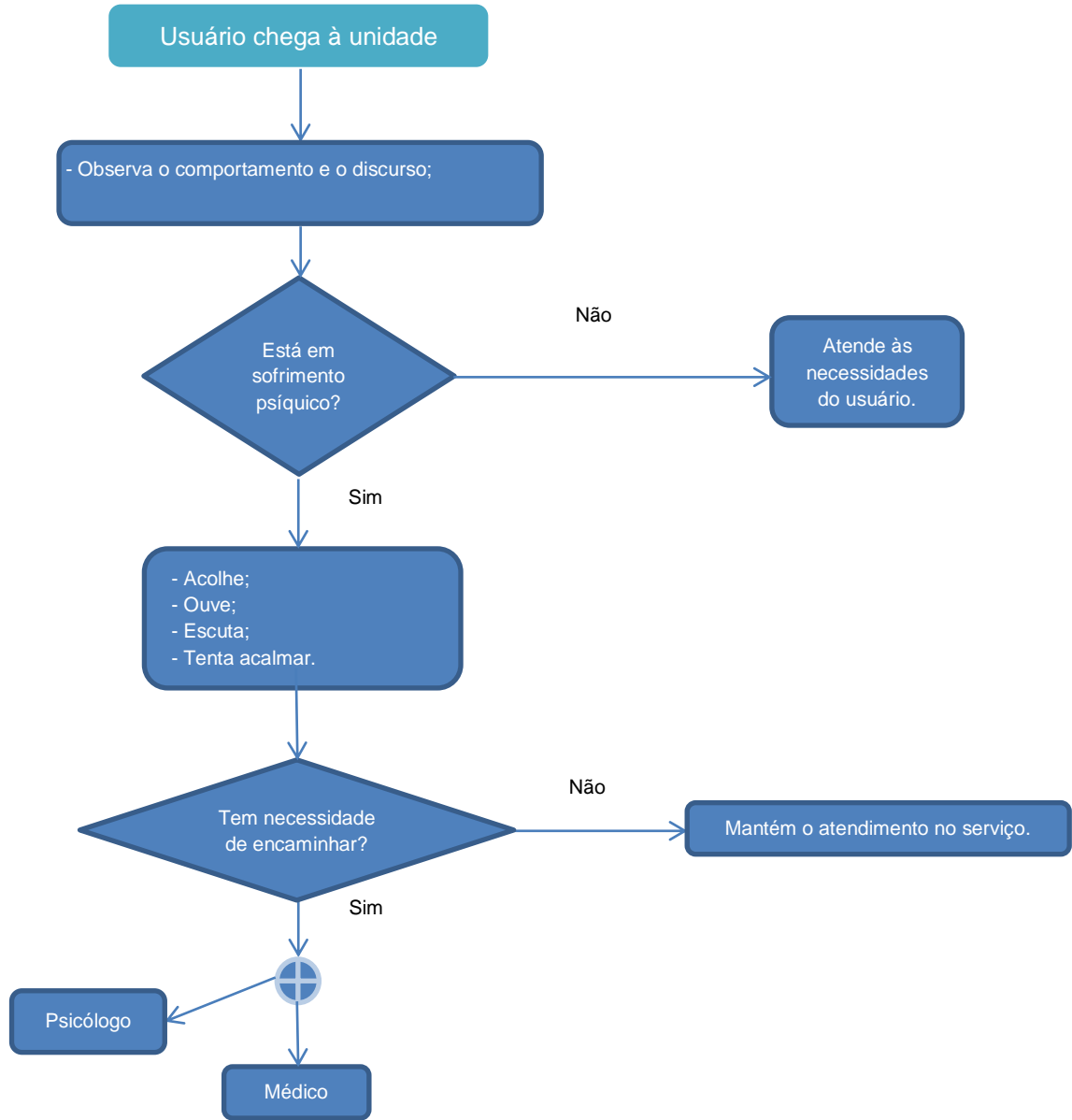
--

APÊNDICE I – Fluxogramas individuais

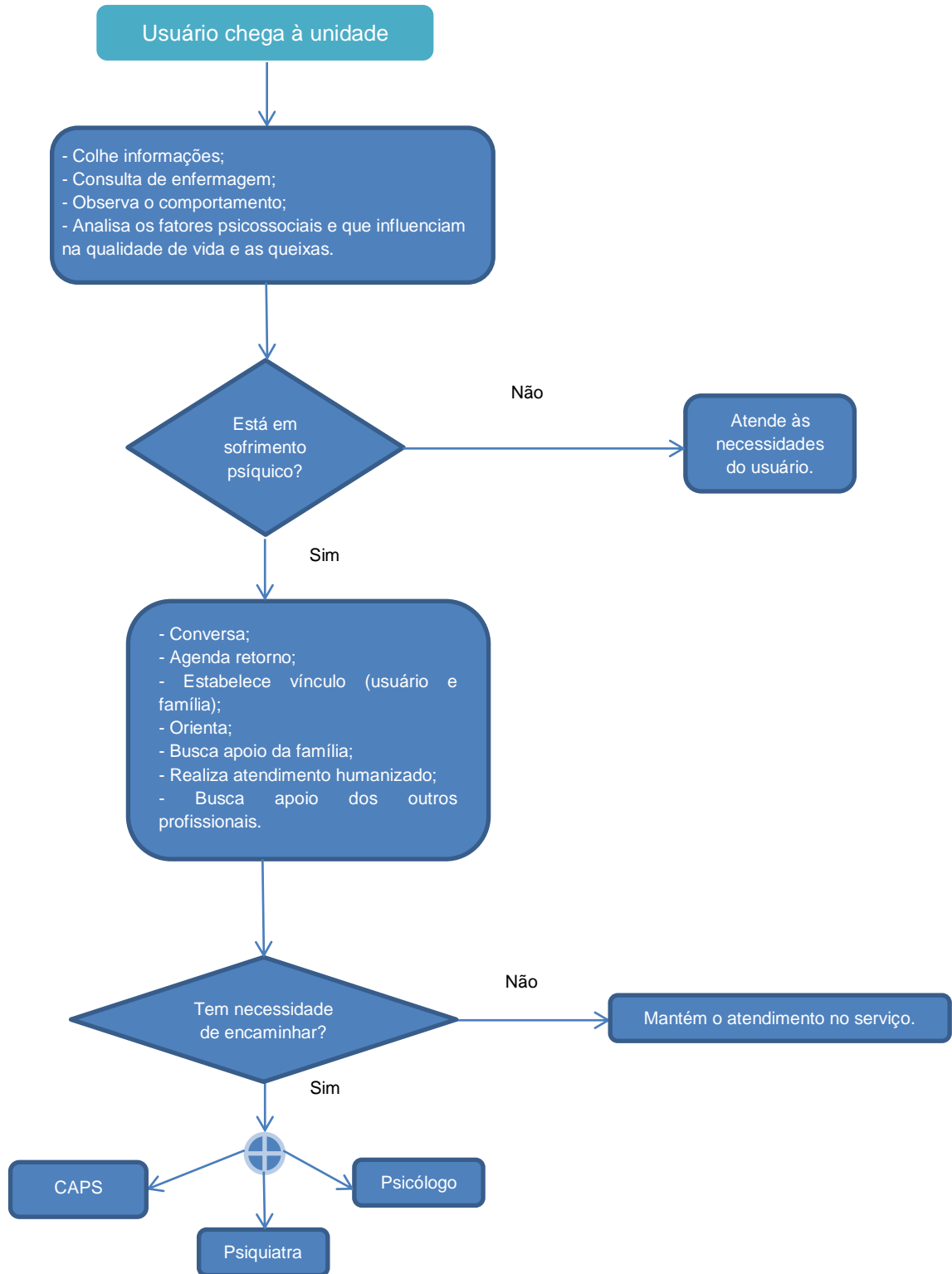


PB2

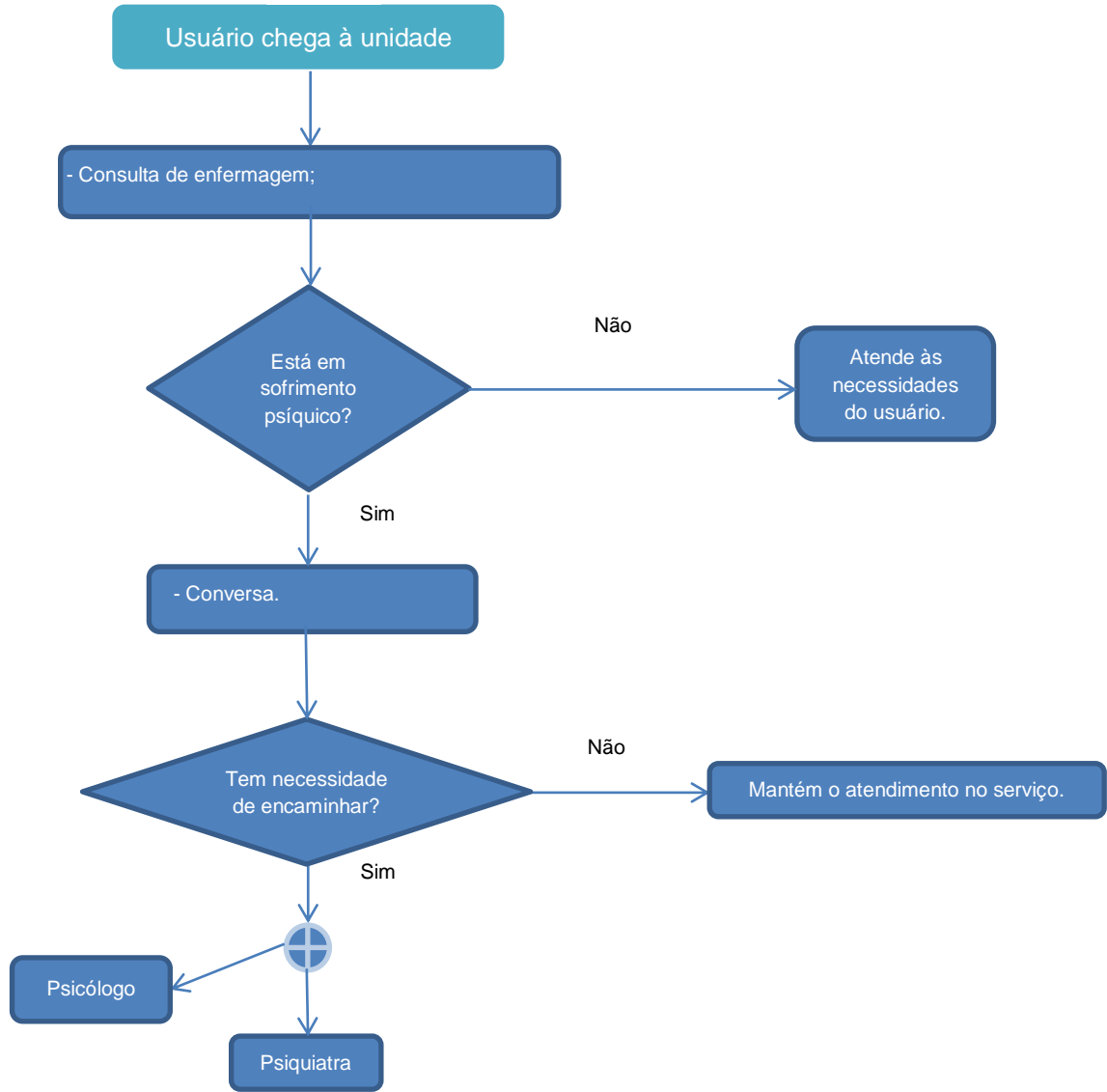
PB3

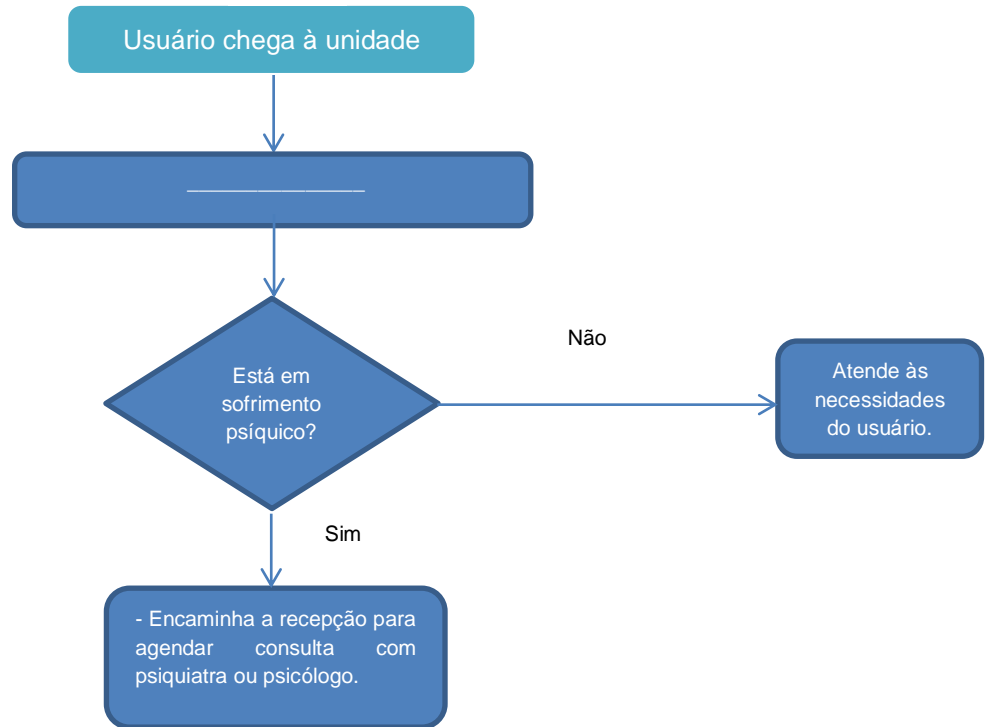


PB4

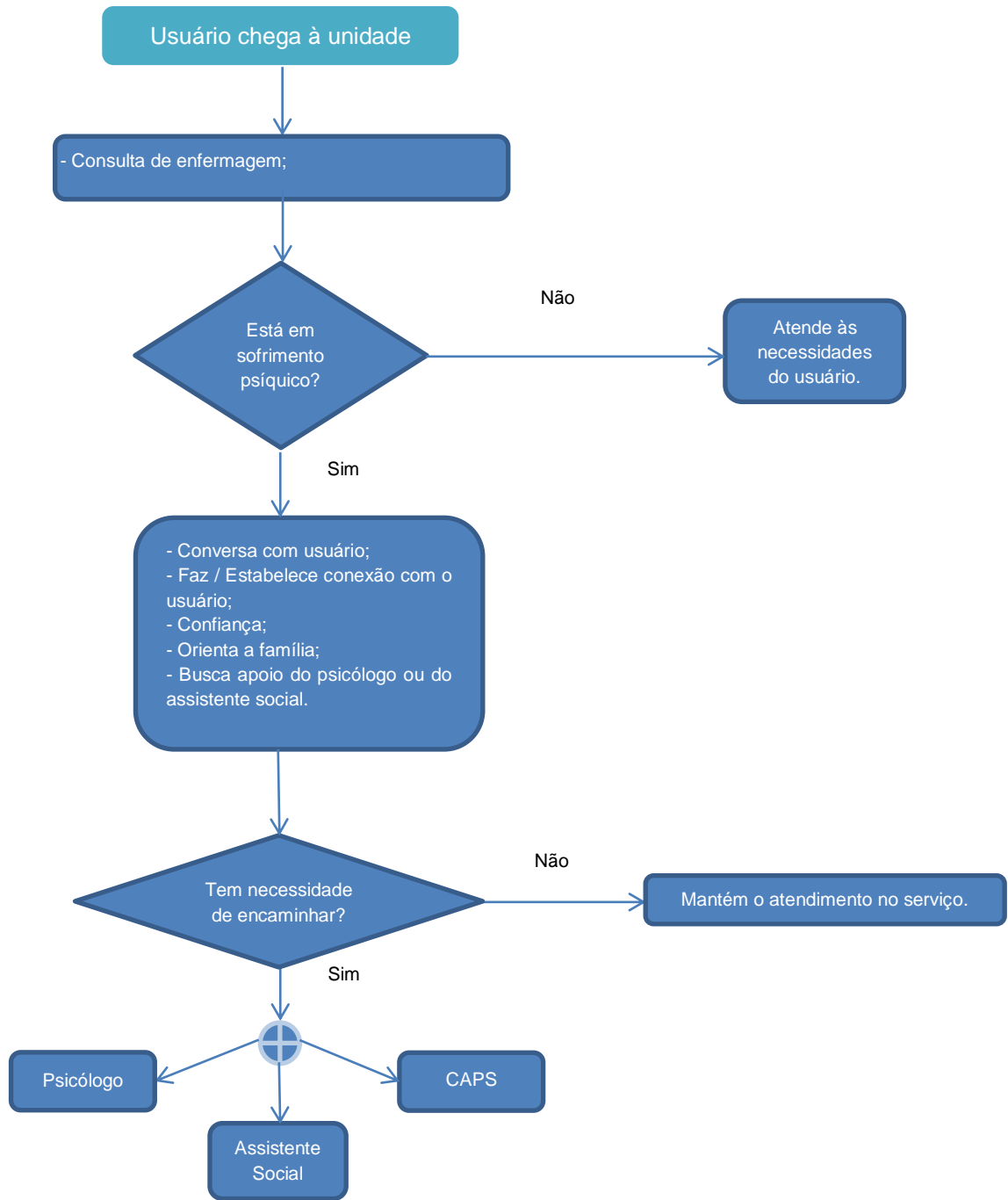


PB5

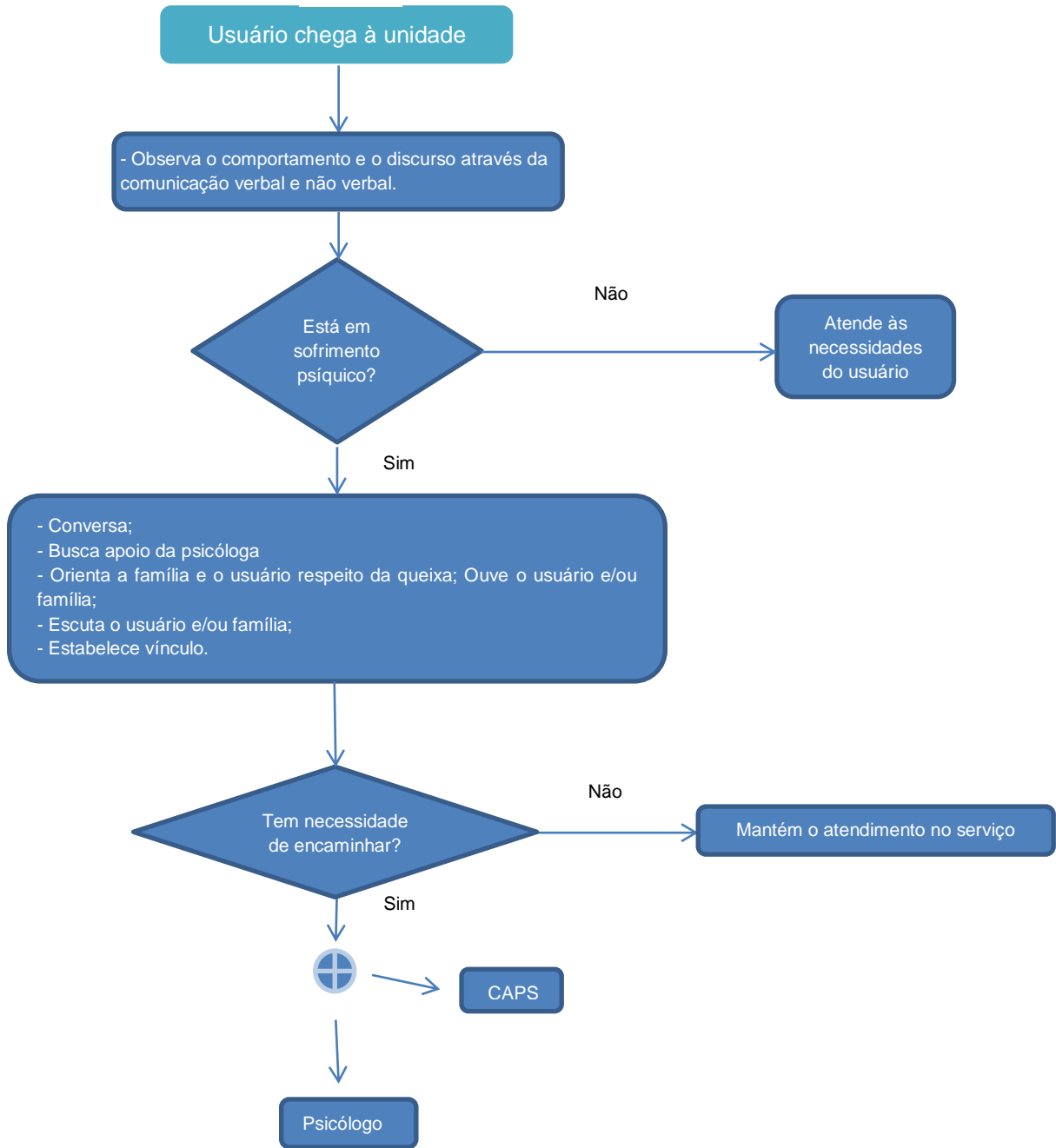


PB6

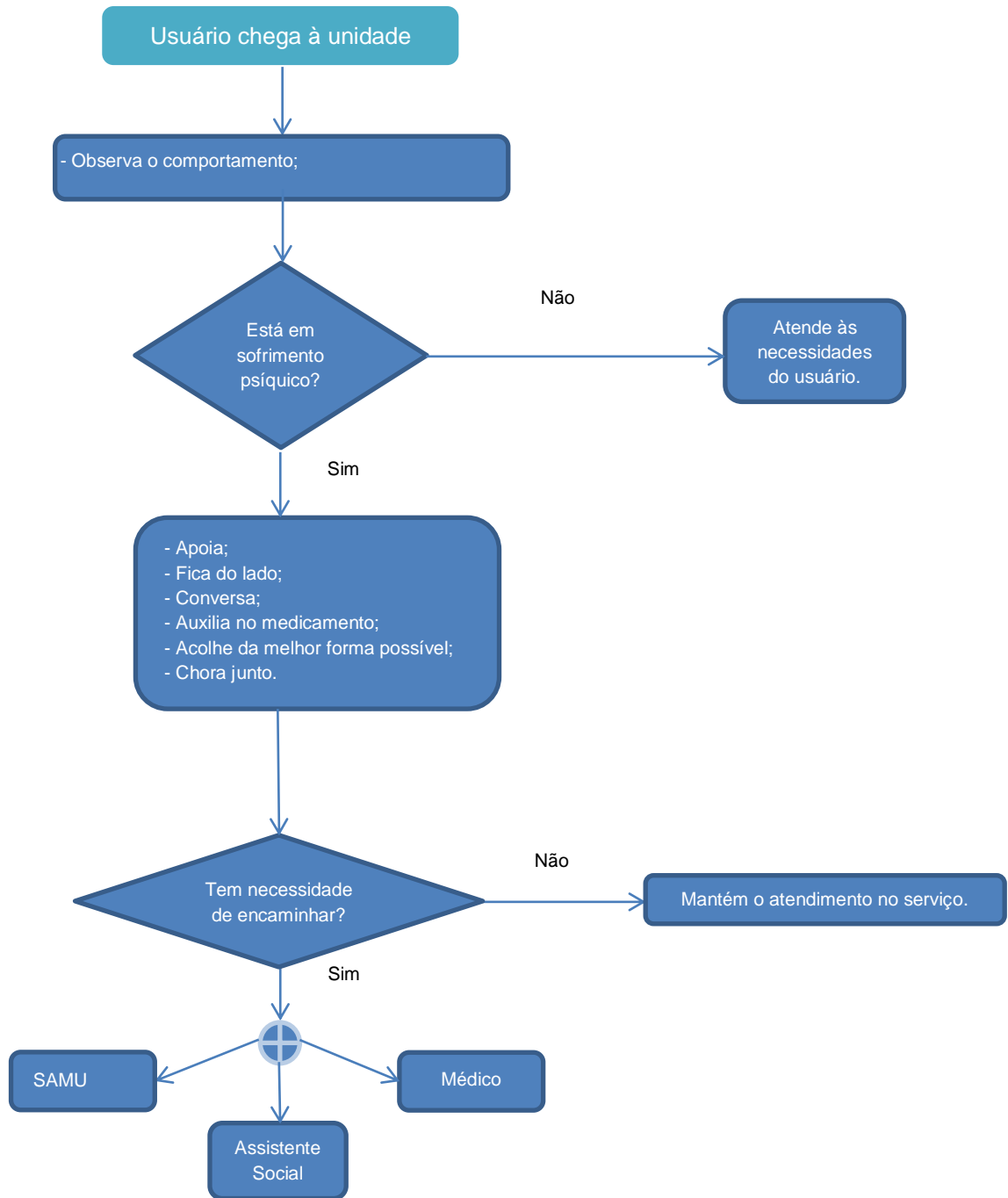
PB7



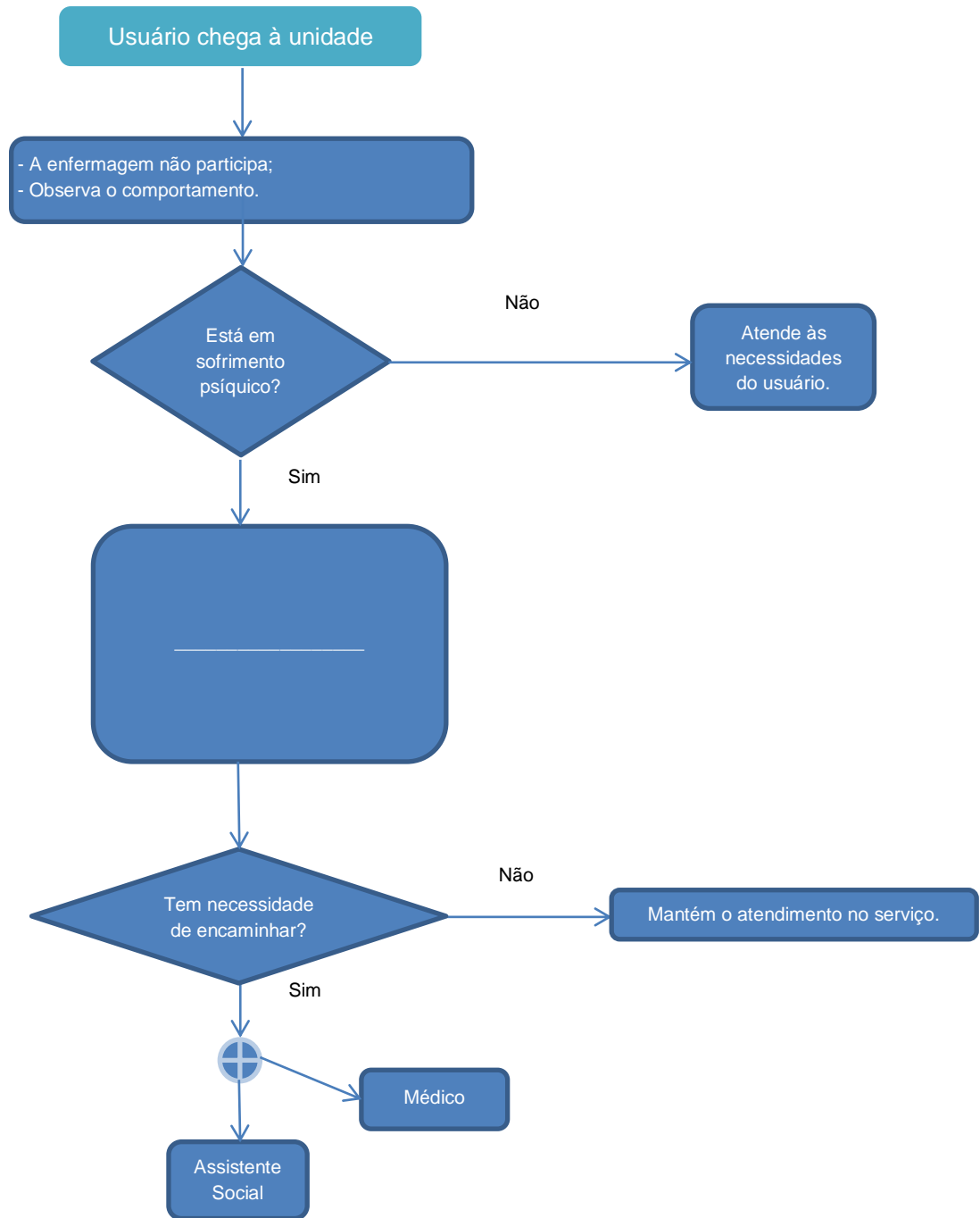
PS8



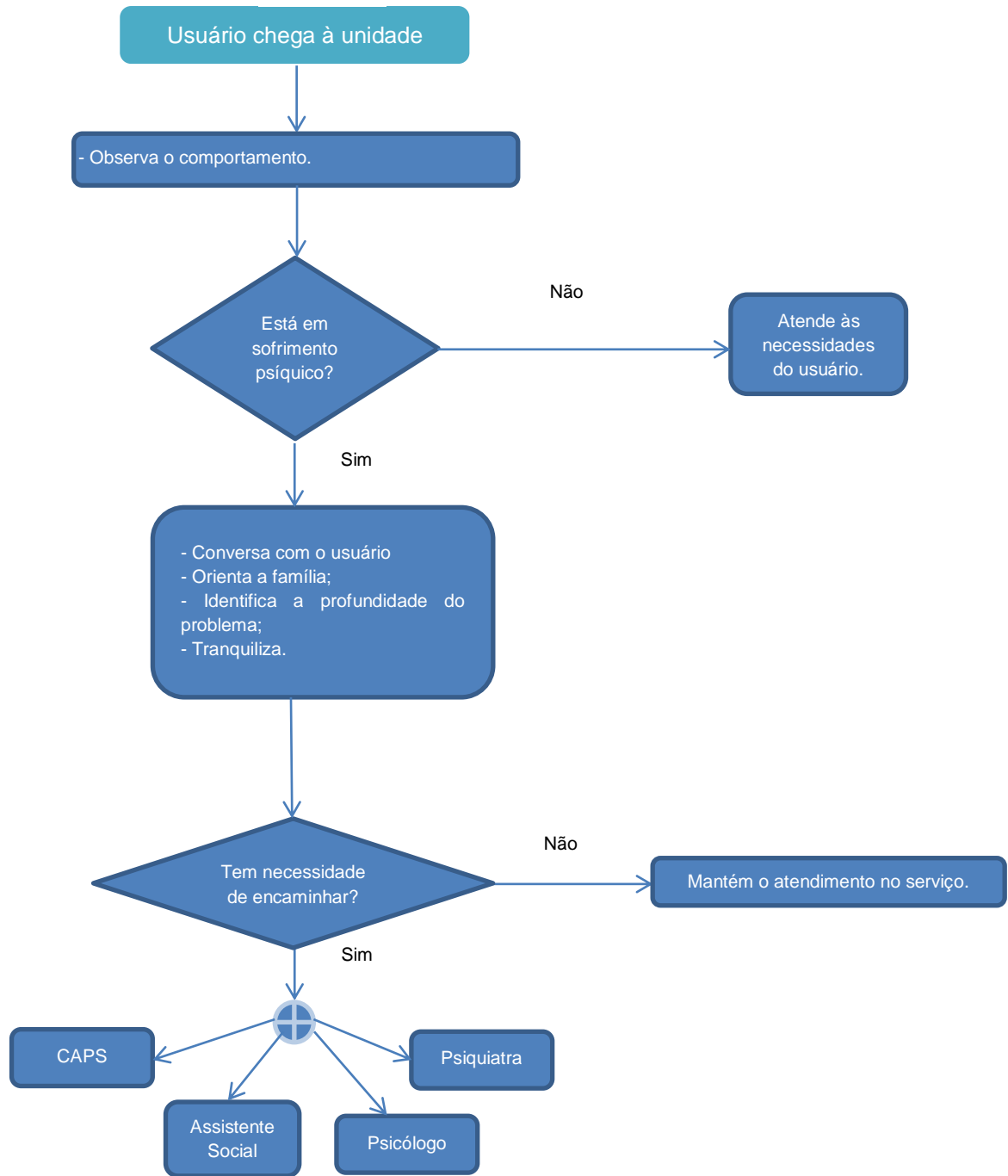
PS9



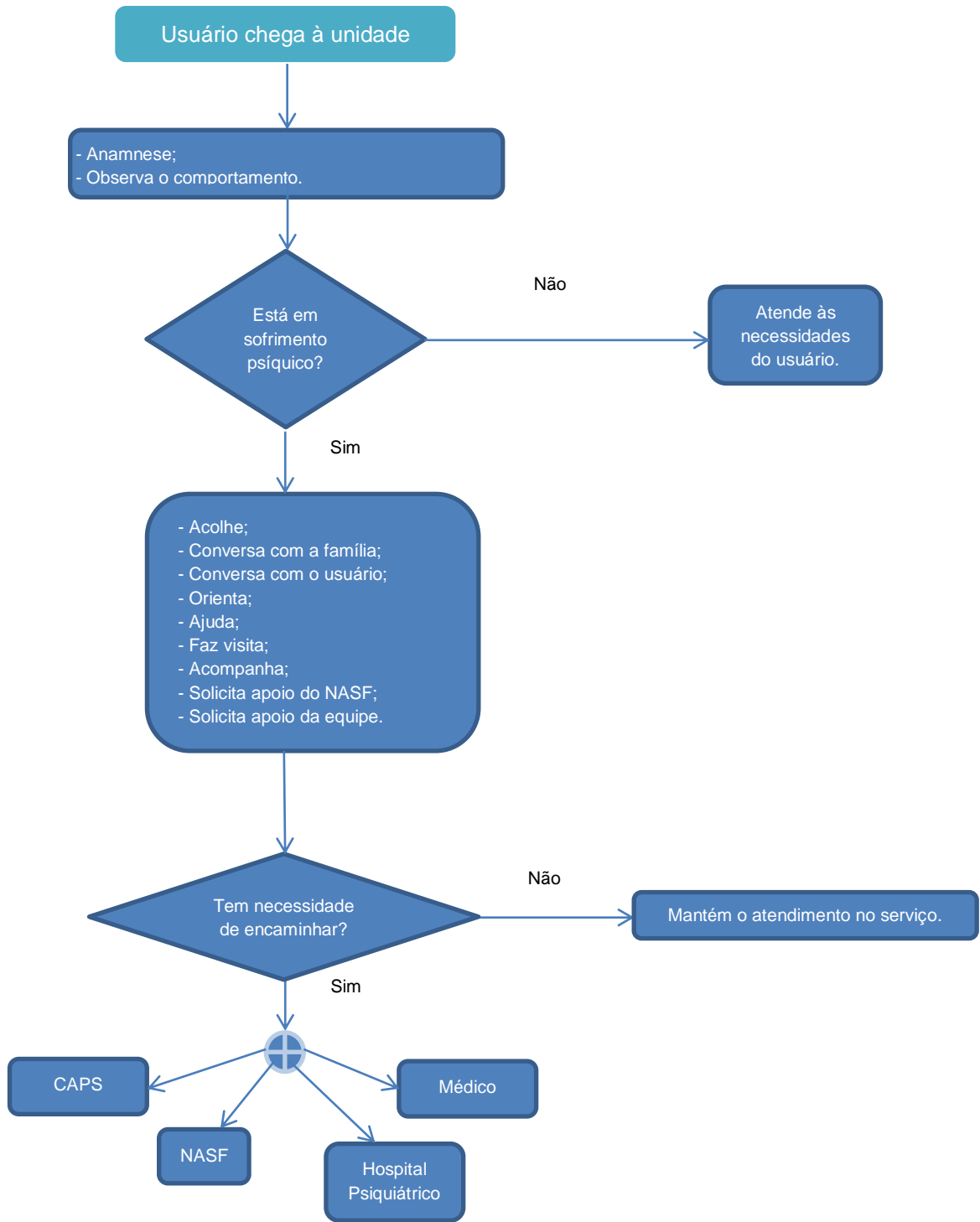
PS10



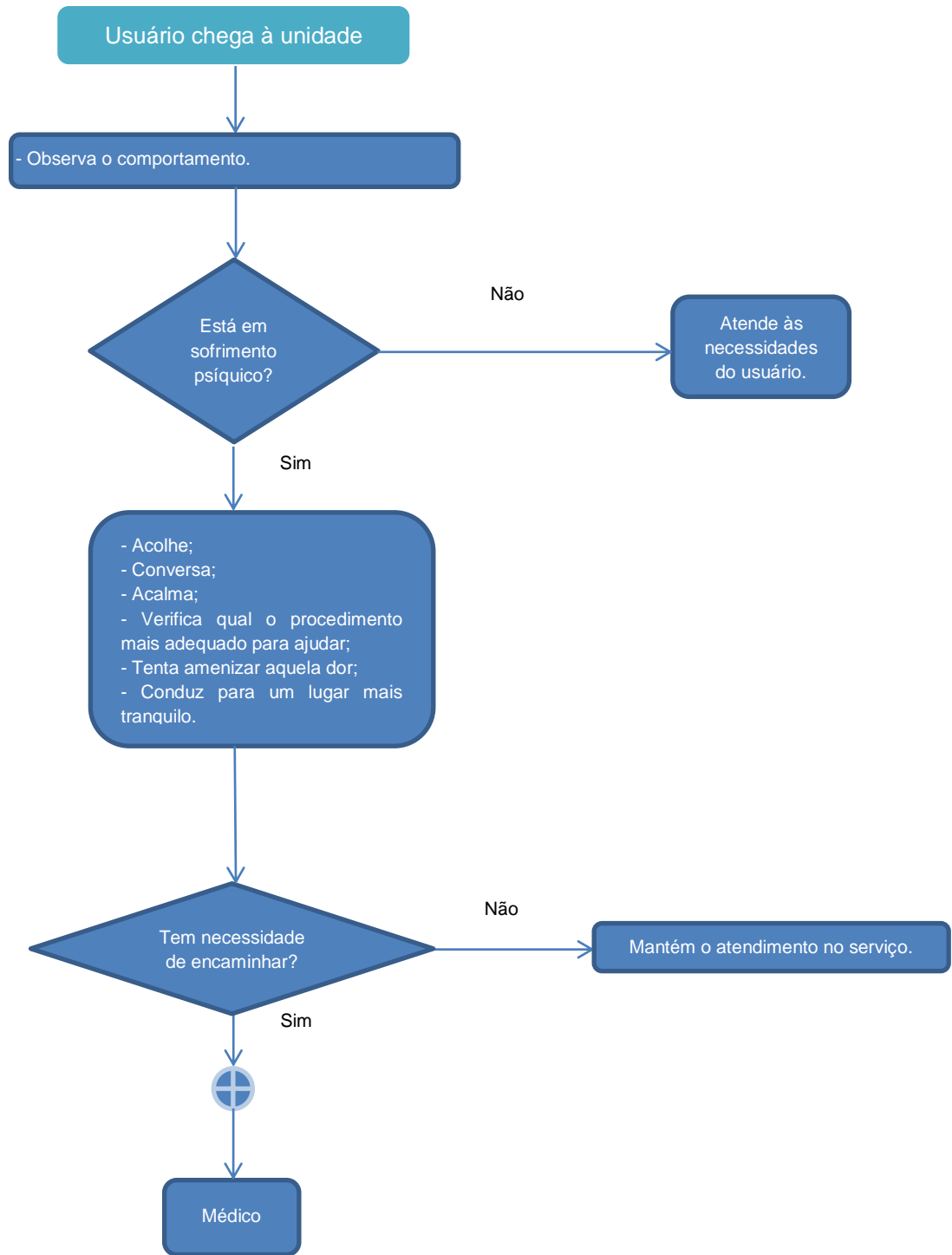
PB11



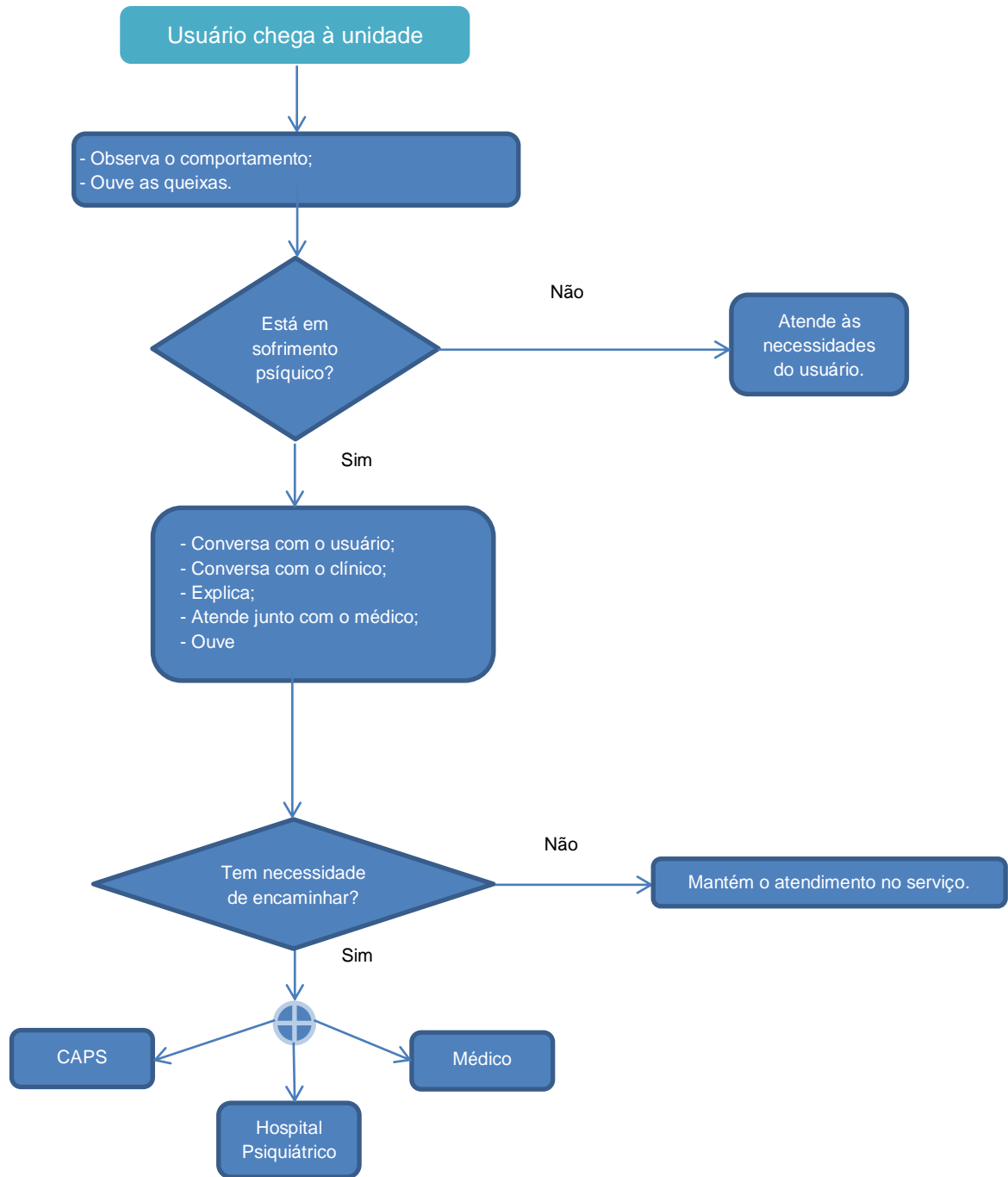
PS12



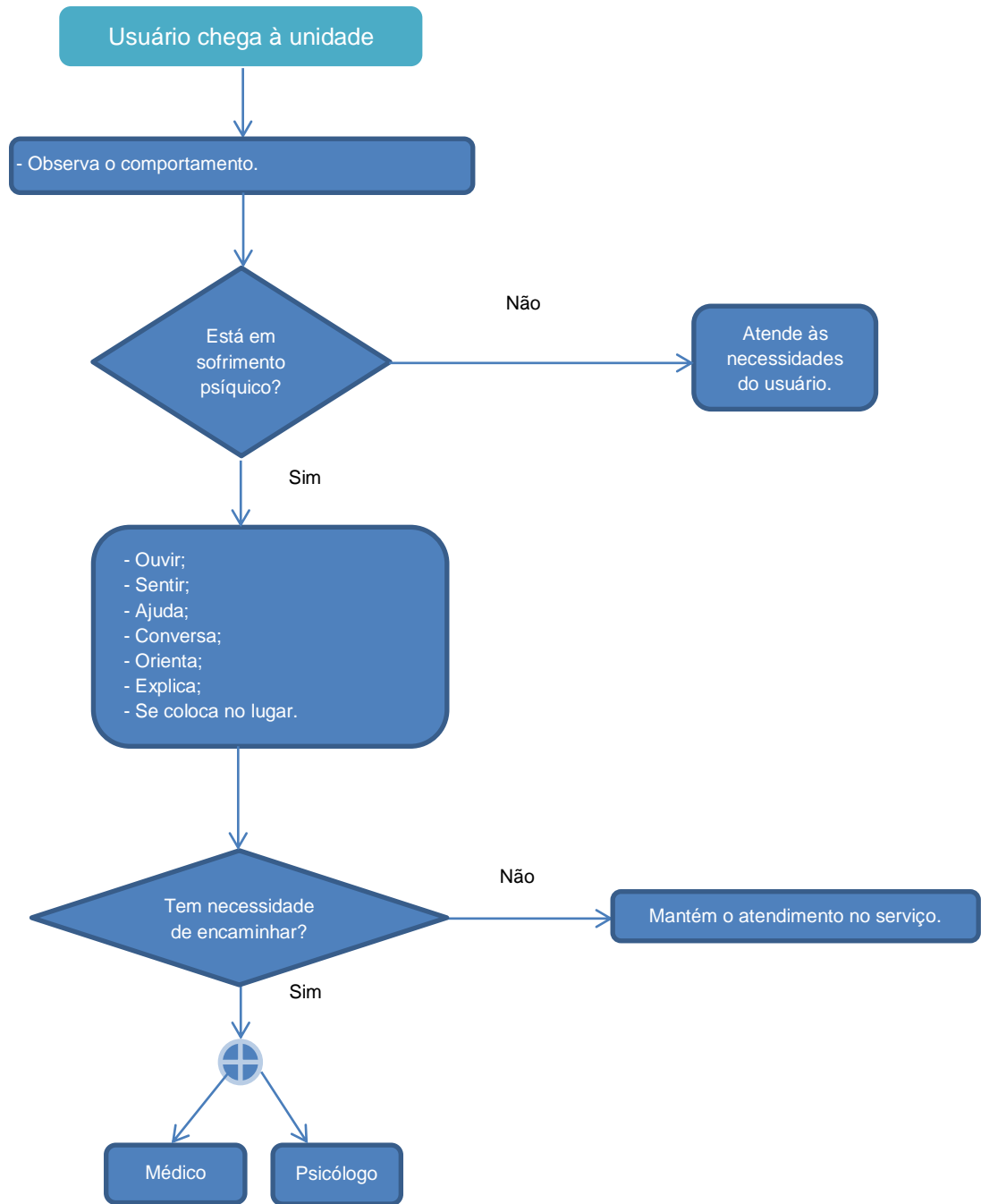
PS13



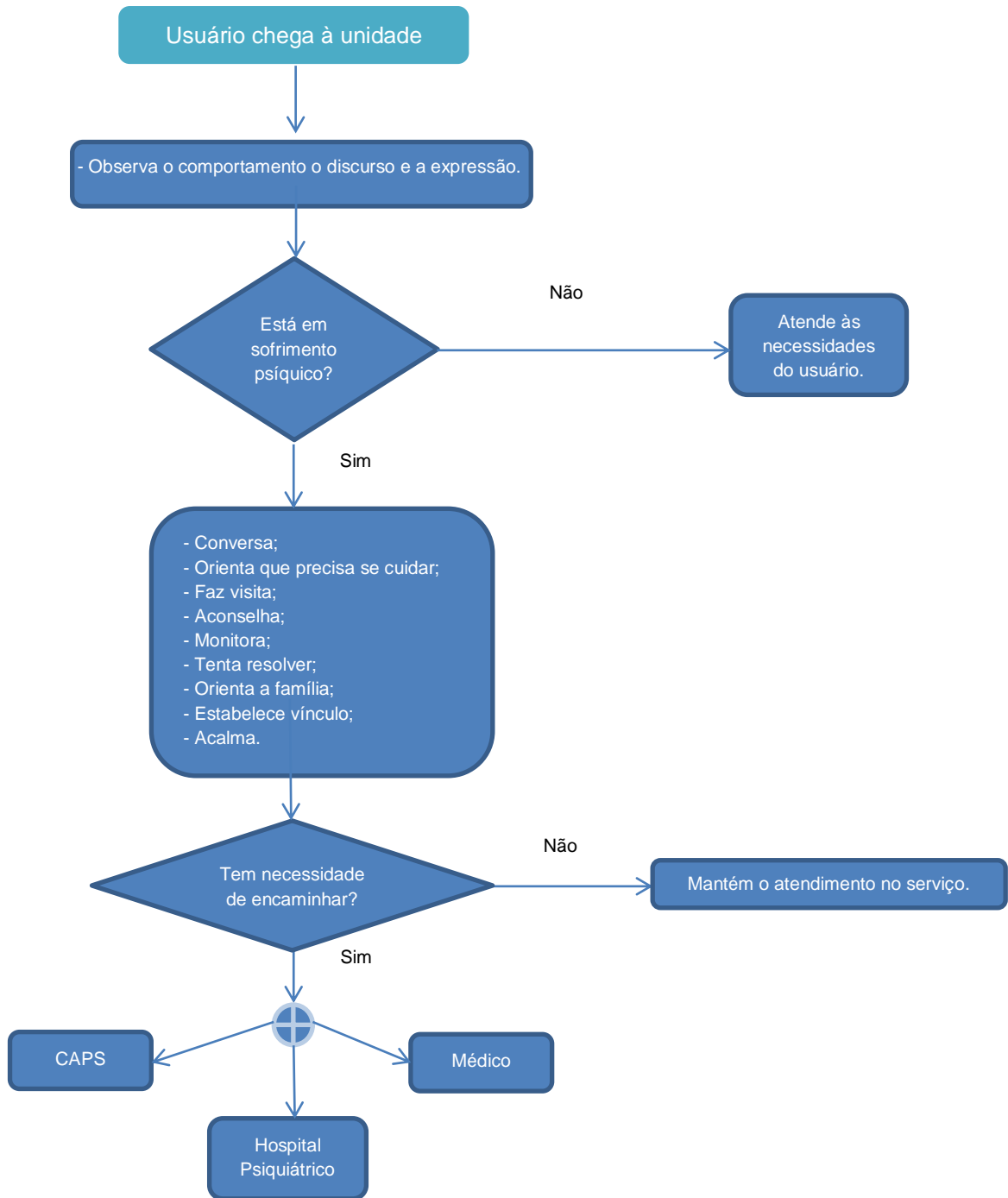
PS14



PB15



PS16



ANEXOS

**ANEXO A – Lista das unidades de saúde da atenção básica contidas nos
Distritos Sanitários de Saúde de Maceió**

I DISTRITO SANITÁRIO Coordenadora: Valquíria Alves (8718-5078) Agente de Gestão: Adriana Madeiro (8842-8039)
PAM SALGADINHO/CEO PAM SALGADINHO RUA MIZAEEL DOMINGUES, 241, POÇO Tel:3315-5288 Direção Médica: Márcia Fabrízia Vilela (9122-9860) Direção Adm: Clausenys Cezar de Oliveira (3315-1979 / 8149-1001) (8882-8075- Institucional)
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA REGINALDO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA RUA DIEGUES JUNIOR, 108, REGINALDO BAIXO Tel:3315-5413 Direção Médica: Duílio Thiago Piza (9610-8298) Direção Adm: Andréa de Fátima do Carmo de Menezes (9976-4329)
CAPS DR ROSTAN SILVESTRE. RUA JOSE MAIA GOMES S/N, JATIUCA Tel:3315-1624 Direção Médica: Rostan Silvestre da Silva (9801-2833/8892-2062) Direção Adm: Breno Aciloli Medeiros (9668-3735/9954-1145)
UNIDADE DE SAÚDE OSWALDO BRANDÃO VIVELA RUA LAFAIETE PACHECO S/N, PONTA DA TERRA Tel:3315-5403 Direção Médica: Thiago Henrique carvalho Nunes 8899-7779 Direção Administrativa: Dionísio Alves Mendonça Neto (8830-7594)
II DISTRITO SANITÁRIO - 3315-5360 Coordenadora: Adília Pacheco (9922-5530) Agente de Gestão: Carla Dias (9926-2856)
PAM DIQUE ESTRADA RUA DAS FLORES S/N CONJ. JOAQUIM LEÃO, PONTA GROSSA Tel:3315-5380 Direção Médica: Não Tem (02/04/2014) Direção Adm: Roseane Estevan Rego de Godoy (8800-4009 / 9622-4535)
UNIDADE DE SAUDE ROLLAND SIMON RUA CABO REIS S/N, VERGEL DO LAGO Tel:3315-5353 Direção Médica: Marluce Viegas de Moura Rezende (9331-4650) Direção Adm: João Paulo Padilha Maia Gomes (9993-7676)
UNIDADE DE SAUDE DA FAMÍLIA JARDIM SÃO FRANCISCO RUA SÃO FRANCISCO ,S/N ,BREJAL Tel:3315-5412/3315-4117 Direção Médica: Ioly Castelo Branco de Santana (9981-3990) Direção Adm: Mirella de Lima Gomes Rego (8751-8500/9973-9706)
UNIDADE DE SAUDE PROF DURVAL CORTEZ RUA JOAO ULISSES MARQUES, S/N ,PRADO Tel:3315-1953 Direção Médica: Cátia Maria Pereira de Melo (8841-0494 / 9980-4415) Direção Adm: Alessandra Gomes e Silva (8826-3409)
UNIDADE DE SAUDE DA FAMÍLIA VIRGEM DOS POBRES PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA AV SENADOR RUI PALMEIRA ,S/N ,DIQUE ESTRADA Tel:3315-5280 Direção Médica: Não Tem (02/04/2014) Direção Adm: Cleveraldo Fernandes da Silva (8827-2672)
UNIDADE DE SAUDE DA FAMÍLIA TARCISIO PALMEIRA PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA RUA ALIPIO BARBOSA ,S/N ,PONTAL DA BARRA

<p>Tel:3315-5328 Direção Médica: Edson Maia Nobre (9303-1832 / 8841-5551) Direção Adm: Milton Luna Barros Neto (9126-9409)</p>
<p>MODULO ODONTOLÓGICO RUI PALMEIRA-(DESATIVADO) RUA MONTE CASTELO S/N VERGEL DO LAGO 3315-5351 Direção Médica: Direção Adm:</p>
<p>UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR.HELVIO AUTO RUA RIACHUELO ,20 ,TRAPICHE Tel:3223-6612/3315-1377/3315-3078 Direção Médica: Rosa Silva Baracho (8859-2368) Direção Adm: Maria Beatrice dos Santos (9308-9404)</p>
<p style="text-align: center;">III DISTRITO SANITÁRIO - 3315-5430 Coordenadora: Virgínia Anjos (8877-6339) Agente de Gestão: Mariana Brandão (9371-9012)</p>
<p>UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SÃO VICENTE DE PAULA PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA RUA NATAL S/N PINHEIRO Tel:3315-5437/3812 Direção Médica: Maria Adelina Galindo (9912-4940) Direção Adm: Poliana Amorim Lima (8755-1500)</p>
<p>UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SÃO JOSE PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA (CANAÃ) RUA MARAGOGI, S/N,CANAÃ Tel:3315-5434 Direção Médica: Ana Carolina Lisboa de Macedo Ferreira (9954-1302) Direção Adm: Maria Betânia Evaristo (8874-7999)</p>
<p>UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA OURO PRETO PROGRAMA SAUDE DA FAMÍLIA RUA SÃO FRANCISCO, 300, OURO PRETO Tel:3315-5436 Direção Médica: Rosangela Gomes Oliveira e Gouveia (9989-7025) Direção Adm: Marieta Carolina Ferro costa Holanda (9331-3633 / 9602-8230)</p>
<p>U.S PAULO OLIVEIRA COSTA (V. REDENÇÃO) RUA MANOEL BARBOSA CALHEIROS, 79, FAROL Tel:3315-5285 Direção Médica: Maria Valéria Dorville Moreira Covello(8810-0817 / 9926-7772/9371-4091) Direção Adm: Regivânia de Lima Rodrigues (9407-7474) Gerente : José Marcelo dos Santos(9916-5172 /8832-2103)</p>
<p>UNIDADE DE SAUDE PITANGUINHA RUA ANTONIO NOGUEIRA ,S/N ,PITANGUINHA Tel:3315-5370/3315-5284 Direção Médica:Não tem(02/04/2014) Direção Adm: Mariana Vasconcelos Leão (9991-8287)</p>
<p>CAPS AD DR EVERALDO MOREIRA RUA BARÃO JOSÉ MIGUEL, 378 , FAROL Tel:3315-3075 Direção Médica: Rossana Araújo Silvestre (8897-5306) Direção Adm: Tereza Cristina Vidal de Negreiros Moura Tenório (9680-1005)</p>
<p style="text-align: center;">IV DISTRITO SANITÁRIO - 3315-5432 Coordenadora: Lorena Brandão (9659-2317) Supervisor: Gabriela Mendes (8804-5210) Agente de Gestão: Chrisley Messias (9924-5997)</p>
<p>PAM BEBEDOURO RUA ANTÔNIO NUNES LEITE, Nº 225, BEBEDOURO (CEP 57017-400)</p>

<p>Tel:3315-5431 Direção Médica: Antenor Marinho de Melo Neto (9991-6355) Direção Adm: Kelly Priscila Figueira da Silva Santos (9107-5055)</p>
<p>JOÃO SAMPAIO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA CONJ JOÃO SAMPAIO I, QD 01- A ,TABULEIRO (CEP 57062-663) Tel:3315-5439 Direção Médica: Embs Aragão Lisboa (9982-7009) Direção Adm: Alexandre Ferreira de Oliveira(8873-2600/9999-0705)</p>
<p>CAPS SADI FEITOSA CARVALHO RUA DR OSWALDO CRUZ S/N CHÃ DE BEBEDOURO (CEP 57018-630) Tel:3315-5433 Direção Médica: Não Tem (02/04/2014) Direção Adm: Rosângela dos Santos Costa(8831-5843/9660-9010)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EDVALDO SILVA PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA RUA CORONEL OTHON S/N- FERNÃO FELHO Tel:3315-5497 Direção Médica: Não Tem (02/05/2014) Direção Adm: Carmen Valéria Vianna de Sá (9945-0059/9322-3162/8882-7226)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CLAUDIO MEDEIROS RUA DO CRAVO,191 RIO NOVO Tel:3315-5384 Direção Médica: Alberto Lopes Sales (8866-5975) Direção Adm: Rodrigo Azevedo Peixoto (9118-8895)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE GERALDO MELO RUA DO CAMPO, S/N, BOM PARTO Tel:3315-3690 Direção Médica: Não Tem (02/04/2014) Direção Adm: Gilvan Gomes (8882-2977)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE JOSE BERNARDES NETO AV WALDEMAR RUFINO DOS SANTOS, Nº 78 ABC – FERNÃO VELHO (CEP 57070-000) Tel:3315-1085/3315-3535 Direção Médica: Luiz Maxwel Bastos Leite (9660-4188) Direção Adm: Líliliana Marinho de Melo Ferreira (9977-8770)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE AMACOPH RUA PAU BRASIL, S/N, PARAÍSO DO HORTO - CHÃ DA JAQUEIRA Tel:3315-5440 Direção Médica: Sonia Regina de Azevedo Pantaleão(9981-1486) Direção Adm: Wedja Silva oliveira (8817-5368)</p>
<p>US. JOSE GUEDES DE FARIAS (ZEZITO) CJ MEDEIROS NETO I, Nº 03 ,SANTA AMELIA Tel:3315-4779 Direção Médica: Marize Cristina Carneiro Rodrigues de Barros (9981-4998) Direção Adm: Nadsan Silva Porto (8813-9664/9632-7045)</p>
<p style="text-align: center;">V DISTRITO SANITÁRIO – 3315-5398 Coordenadora: Ilayane Candice (9997-6891) Supervisor: Rodrigo Capelini (9341-0086)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE JOSÉ ARAÚJO SILVA RUA PASTOR EURICO CALHEIROS, 56 COHAB, JACINTINHO Tel:3355-7044 Direção Médica: Hugo Leonardo Carvalho Nunes(9141-1492) Direção Adm: Ivanilda Caetano dos Santos (8832-9987)</p>
<p>US VILA EMATER II PARQUE MIRAMAR ,SN , SÃO JORGE Tel:3315-6613 Direção Médica: Antonio Augusto Cavalcante Covello (9981-1431) Direção Adm: Rebecca Hagaweny Silva Cavalcante(8870-5065 / 9696-3537)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE JOSÉ TENÓRIO</p>


<p>RUA G ,S/N, CONJ. JOSÉ TENÓRIO ,SERRARIA Tel:3315-5417 Direção Médica: Marluce Barbosa Abreu Pinto (9309-2012) Direção Adm: Fábio Eduardo Cirino Freire (9319-3311)</p>
<p>CAPS ENFERMEIRA NORACI PEDROSA CONJ. JOSÉ DA SILVA PEIXOTO ,RUA G ,QD 07 ,JACINTINHO Tel:3315-5399 Direção Médica: Luciano Lopes Furtado(9981-6132) Direção Adm: Rita de Cássia Pedrosa dos Santos Costa (8805-0906)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE JOÃO PAULO II RUA MANOEL VIANA DE OLIVIERA S/N - JACINTINHO Tel:3315-5404 Direção Médica: Marina Ribeiro Viegas Moura Rezende (9301-1132) Direção Adm: Maria das Dores Graciliano dos Santos (9912-7675/8804-3796)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE FELÍCIO NAPOLEÃO RUA LUIS REGO BARROS ,55 ,ALDEIA DO ÍNDIO Tel:3315-5411 Direção Médica: Petrúcio Jose Argemiro dos Santos (8812-8405) Direção Adm: Fabio Mendonça Quintiliano (9955-0084)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. PAULO LEAL RUA ACRE ,96 FEITOSA ,CEP:57043-230 Tel:3315-5281 Direção Médica: Dra. Carla Betânia de Mesquita Lima(9974-9912) Direção Adm: Daniel de Moura Silva(8810-7953 / 9961-8017)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE WALDOMIRO ALENCAR RUA JÚLIO AUTO, 431 , JACINTINHO Tel:3315-5396 Direção Médica: Fábio Jorge de Lima Silva (8899-3479) Direção Adm: Dilza da Silva Lins(8822-0496)</p>
<p>US.F SÃO JORGE (JOSE M DE VASCONCELOS NETO) AV. COR.SALUSTIANO SARMENTO 303 , BARRO DURO Tel:3315-6429 Direção Médica: Sebastião Jorge Jatobá de A Ibuquerque Soares (9107-8754) Direção Adm: Eduardo Julio Gomes da Silva (8879-0914)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO MUNDO TRAV. BOA ESPERANÇA, 30, NOVO MUNDO Tel:3315-5435 Direção Médica: Soraya Wanderlei de Mendonça Arecipo(8882-5722) Direção Adm: Raquel Alves de Barros (8885-0941)</p>
<p>CAPSI DR. LUIZ DA ROCHA CERQUEIRA AV. GETÚLIO VARGAS S/N CONJ. JOSÉ TENÓRIO SERRARIA Tel:3315-2401 Direção Médica: Marta Lúcia Madeiro (9905-6055) Direção Adm: Marcio de Almeida Costa(8808-5772)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO MOREIRA (GROTA DO MOREIRA) RUA PADRE CÍCERO,45,JACINTINHO Tel:3315-4026 Direção Médica: Maria José da Silva Santos (9972-4414) Direção Adm: Katiana Souza Monteiro (9982-1700)</p>
<p style="text-align: center;">VI DISTRITO SANITÁRIO - 3315-5418 Coordenador: Tarcísio Salles (9656-6555/8182-6555) Agente de Gestão: Juliana Melo (9316-7612)</p>
<p>UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA CAIC B. BENTES AV. BENEDITO BENTES II S/N, BENEDITO II Tel:3315-5480 Direção Médica: Antonio Goes Cavalcante Filho (9981-1791) Direção Adm: MariaTinalis José dos Santos (9673-1414/8845-6886)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA FREI DAMIÃO AV MUNDAÚ FREI DAMIÃO, S/N, BENEDITO BENTES I Tel:3315-5483</p>


Direção Médica: Flavia Cavalcanti Baracho (9107-1103) Direção Adm: Sandra Suely da Silva Holanda (9143-4483)
UNIDADE DE SAÚDE HAMILTON FALCÃO AV. NORMA PIMENTEL DA COSTA, S/N, BENEDITO BENTES I Tel:3315-5422/5421 Direção Médica: João Lourival de Souza Junior (9921-4161) Direção Adm: Marcello Christiano Moura de Araújo
CASA MATERNAL DENILMA BULHÕES AV. NORMA PIMENTEL DA COSTA, S/N, BENEDITO BENTES I Tel:3315-5484/3315-5421 Direção Médica: João Lourival de Souza Junior (9921-4161) Direção Adm: Marcello Christiano Moura de Araújo
UNID. DE SAÚDE DA FAMÍLIA CARLA NOGUEIRA AV. DO FURTO S/N CONJ. SELMA BANDEIRA, BENEDITO II Tel:3315-5423 Direção Médica: Não Tem (03/04/2014) Direção Adm: Felipe Vieira de Melo Viana (9906-9630)
UNID. DE SAÚDE DA FAMÍLIA ARTHUR RAMOS CONJ. HENRIQUE HEQUELMAM RUA L QD J S/N TABULEIRO Tel:3315-3500 Direção Médica: Cleovan Florentino de Almeida (9935-6724) Direção Adm: Monica da Consolação Tenório Cesar (8801-6500)
UNID. S. ALIOMAR DE ALMEIDA LINS PASSAREDO AV.CORR. TRANSPORTE.MOACIR ANDRADE, S/N, CJ BELA VISTA Tel:3315-3508 Direção Médica: Não Tem(03/04/2014) Direção Adm:Silas Oliveira Santos (8838-9849)
UN. DE SAÚDE DA FAMÍLIA ROBSON CAVAICANTE DE MELO (FREITAS NETO) CONJ. FREITAS NETO ,QD. A ,SN, B. BENTES Tel:3315-4688 Direção Médica: Não Tem (02/04/2014) Direção Adm: Alexandre Bezerra Lima (9993-5647)
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DÍDIMO OTTO KUMMER (CARMINHA) CJ. CARMINHA RUA C S/N BENEDITO BENTES II Tel:3315-3539 Direção Médica: Luciene de Oliveira(9926-2257) Direção Adm: Leila Marcolino Teixeira(8878-7245)
CEO RAFAEL MATOS CONJ. HENRIQUE HEQUELMAN,S/N,ANATARES, RUA J,QD J Tel:3315-1059 Direção Médica: Bárbara Moreira de Farias Braga (9950-7978) Direção Adm: Fabiana Cássia Lima Palmeira (8844-9386)
VII DISTRITO SANITÁRIO – 3315-5447 Coordenador: Mario Jorge (9992-9722) Agente de Gestão: Leandro Araujo (9685-3776)
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA TEREZA BARBOSA CONJ. ESTÁQUIO GOMES DE MELO, S/N ,TABULEIRO Tel:3315-5476 Direção Médica: Maria Emília Barros de Castro (9106-7863) Direção Adm: Margarise Rego Lima (9304-1591)
U. DE SAÚDE GRACILIANO RAMOS CONJ. GRAC. RAMOS, RUA 49 , S/N, TABULEIRO Tel:3315-5441/3315-4306 Direção Médica: Não Tem (02/04/2014) Direção Adm: Robson Costa Nogueira(9335-0732)
UNID. DE SAÚDE DA FAMÍLIA GALBA NOVAES AV. BETEL, S/N ,TABULEIRO Tel:3315-5445 Direção Médica: Roberval Fernandes de Albuquerque Cunha (9981-6167) Direção Adm: Maria José de Melo da Silva(8865-4832)

<p>UNID. SAÚDE DA FAMÍLIA VILLAGE CAMPESTRE I CJ. VILLAGE CAMPESTRE I, QD N, Nº 15 Tel:3315-5448/5444 Direção Médica: Anali Lima Silva (9646-8131) Direção Adm: Cicera Pinheiro Soares da Silva (9303-4649)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE IB GATTO FALCÃO RUA DA FLORESTA ,S/N ,TABULEIRO DO MARTINS Tel:3315-8460 Direção Médica: Claudovan Duarque de Barros (9981-3576) Direção Adm: Eva Maria da Silva (9971-3551)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE DR. DJALMA LOUREIRO RUA MUNIZ FALCÃO S/N CLIMA BOM Tel:3315-5488 / 3315-2906 Direção Médica: Mário Célio de Lima Freire (8846-5541) Diretora Adm: Eliane Ferreira de Araujo Lima (8835-3805/9106-4860)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE JOSÉ PIMENTEL AMORIM RUA ADRIANA VIANA DE CASTRO S/N,CONJ. SALVADOR LIRA Te:3315-5442/1058 Direção Médica: Cristini Meire Mota Alcides (9973-5432) Direção Adm: Jose Roberto Cavalcante Calaça (8808-6339)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE ROSANE COLLOR AV. NASCENTE 542, CONJ. ROSANE COLLOR CLIMA BOM Tel:3315-5424 Direção Médica: Josete Holanda Carvalho (9962-2150) Direção Adm: Maria Ferro Costa Holanda (9981-3656)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE JOÃO MACÁRIO AV COELHO DE CAMPELO DA PAZ ,SN ,SANTOS DRUMONT Tel:3315-5474/4653/5387 Direção Médica: Hiran Maia Vieira (9981-4139) Direção Adm: Marluce Pereira Maia(8844-5288)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE VILLAGE CAMPESTRE II RUA JOSÉ AILTON,10,VILLAGE II Tel:3315-5275 Direção Médica: Não Tem(02/04/2014) Direção Adm: Ederise Rego Lima Novaes: 9124-0464 / 8887-3432</p>
<p>UNID SAÚDE DA FAMÍLIA DENISSON MENEZES CONJ. DENISSON MENEZES ,QD A, TABULEIRO Tel:3315-3501 Direção Médica: Não Tem (03/04/2014) Direção Adm: Rostan Pontes Regis(9808-8340 / 8832-5761)</p>
<p>UNID. SAÚDE DA FAMÍLIA VEREADOR SÉRGIO QUINTELLA R. MARQUES DE TAMANDARÉ, 02, STA LÚCIA Tel:3315-4342 Direção Médica: Não Tem (02/04/2014) Direção Adm: Jamille Rafaela de Mendonça Voss (8890-7209)</p>
<p style="text-align: center;">VIII DISTRITO SANITÁRIO Coordenadora: Diva Almeida (9622-8030) Agente de Gestão: Cledjane Neri (9921-4843)</p>
<p>UNIDADE DE SAÚDE FAMÍLIA PESCARIA RUA IRENE CAVALCANTE,SN, POVOADO PESCARIA , IPIOCA Tel:3315-5381 Direção Médica: Mariado Socorro Tenório de Oliveira(9973-1925) Direção Adm: Lucrécia Maria Sampaio de Andrade (8856-7160)</p>
<p>UNIDADE DE SAUDE FAMÍLIA GUAXUMA CONJ. ELIAS PONTES BONFIM S/N GUAXUMA Tel:3315-5402 Direção Médica: Não Tem (03/04/2014) Direção Adm: Kátia Santos Neri (8803-3560 /9115-9247)</p>
<p>UNIDADE DE SAUDE FAMÍLIA LOURENÇO DE CARVALHO-RIACHO DOCE RUA BOA VISTA,20,RIACHO DOCE</p>

Tel:3315-5383 Direção Médica: Terezinha de Almeida Cavalcante Nunes (9111-9996) Direção Adm: Lourdes Helena de Klebs Brandão (8816-0616)
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR JORGE DAVID NASSER RUA ALTO DA IGREJA,163 ,IPIOCA Tel:3315-5376 Direção Médica: Não Tem (03/04/2014) Direção Adm: Benilza Santos de Andrade (8810-4923/9922-9022)
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SÃO FRANCISCO DE PAULA- VILA EMATER I RUA DAS ACACIAS, 39, MANGABEIRAS Tel:3315-5917 Direção Médica: Maria de Fátima Pinto de Assis (9955-8389) Direção Adm: Luanna Tenório Pinto Balbino (8884-1534)
U.S MARIA CONCEIÇÃO FONSECA PARANHOS RUA IGESSY MARINHO ROCHA, S/N ,CONJ ALFREDO GASPAR DE MENDONÇA, JACARECICA Tel:3315-7497 Direção Médica: Maria Marta Braga de Albuquerque (9601-5815) Direção Adm: Heryka Kelly Fragoso de Melo Oliveira (9998-9996 / 8809-6626)

ANEXO B – Autorização da secretaria municipal de saúde de Maceió


PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

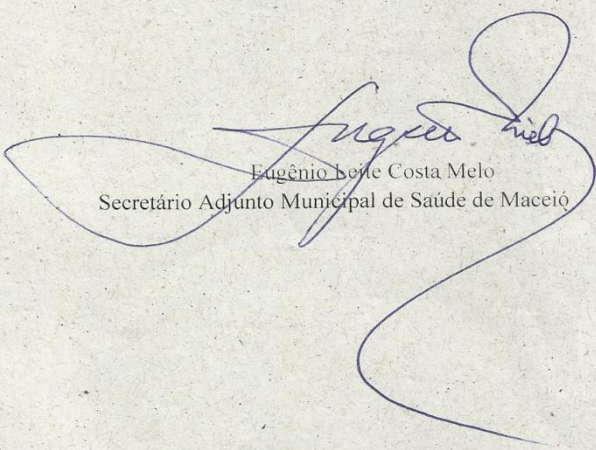


Mínuta 2/2015 – CDRH - SMS Maceió, 7 de janeiro 2015.

Assunto: Autorização de Pesquisa


1. Autoriza-se Keyse Suelen Fidelis de Mesquita da Universidade Federal de Alagoas a pesquisa intitulada “Proposta de construção de um instrumento para enfermeiros de unidade básica de saúde e unidade de saúde da família sobre transtorno mental”.
2. A coleta de informações será realizada com os enfermeiros atuantes nas UBS e USF do município de Maceió. Trata-se de uma pesquisa empírica, de natureza qualitativa, descritiva, de caráter exploratório.
3. A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo a pesquisadora que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.

Respeitosamente,


Eugênio Leite Costa Melo
Secretário Adjunto Municipal de Saúde de Maceió

Rua Dias Cabral, 569, Sala 405 – Centro, Maceió-AL, Fone 82 3315.5184

ANEXO C – Aprovação do comitê de ética em pesquisa


UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió-AL, 07/05/2015

Senhor(a) Pesquisador(a), Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita
Patrícia de Carvalho Nagliate
Cicera Albuquerque

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 16/04/2015 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo nº 42975015.4.0000.5013, sob o título **CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE APOIO À DECISÃO PARA ENFERMEIROS DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SOFRIMENTO MENTAL**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

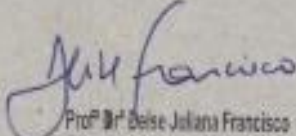
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV, 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais


Prof.^a Dr.^a Deise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL

Válido até: ABRIL de 2016.

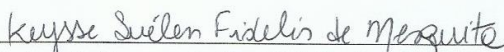
ANEXO D - Declaração de confidencialidade

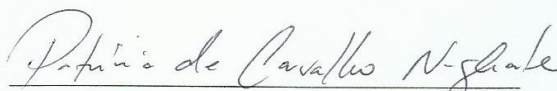
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

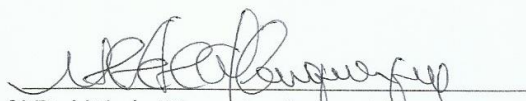
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Declaramos para os devidos fins que após a realização do estudo intitulado: “Construção de um instrumento de apoio à decisão para enfermeiros de unidade básica de saúde e unidade de saúde da família sobre sofrimento mental” terá os seus resultados publicados na forma de artigo científico a ser submetido respectivamente a revistas de circulação nacional e internacional na área de Enfermagem ou áreas afins. E que as pesquisadoras manterão sigilo e confidencialidade como medidas de proteção aos referidos participantes.

Maceió, 13 de março de 2015.


Mestranda Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita
Pesquisadora Responsável


Prof.ª Dr.ª Patrícia de Carvalho Nagliate
Orientadora da pesquisa


Prof.ª Dr.ª Maria Cícera dos Santos Albuquerque
Co-orientadora da pesquisa

ANEXO E - Declaração sobre a destinação dos materiais e/ou dados coletados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

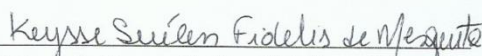
**DECLARAÇÃO SOBRE A DESTINAÇÃO DOS MATERIAIS E/OU DADOS
COLETADOS**

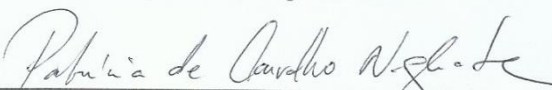
“Construção de um instrumento de apoio à decisão para enfermeiros de unidade básica de saúde e unidade de saúde da família sobre sofrimento mental”

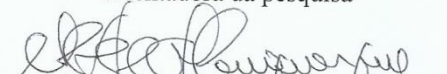
Eu, Keyse Suélen Fidelis de Mesquita, pesquisadora responsável pelo presente projeto de pesquisa, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate e co-orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque, declaro que os dados obtidos neste trabalho serão utilizados somente para as atividades descritas no mesmo. Não haverá coleta de material biológico. Comprometo-me, ainda, a manter em arquivo as gravações correspondentes as entrevistas de cada participante incluído na pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo, durante o período de cinco anos, após o término do estudo e publicação dos resultados, estes serão eliminados.

Atenciosamente,

Maceió, 13 de março de 2015.


Mestranda Keyse Suélen Fidelis de Mesquita
Pesquisadora Responsável


Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate
Orientadora da pesquisa


Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque
Co-orientadora da pesquisa

ANEXO F - Declaração de coleta de dados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE COLETA DE DADOS APÓS APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Esta pesquisa tem como objeto de estudo: Construção de um instrumento de apoio à decisão para enfermeiros de unidade básica de saúde e unidade de saúde da família sobre sofrimento mental.

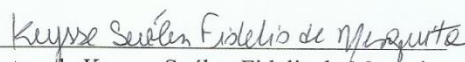
São considerados participantes da pesquisa neste contexto, enfermeiros de Unidade Básica de Saúde e de Unidades de Saúde da Família. O cenário de pesquisa ocorrerá nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família.

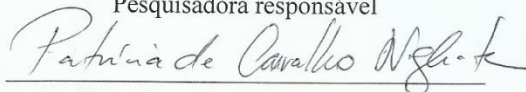
Este estudo respeitará os princípios éticos propostos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo, portanto considerado os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

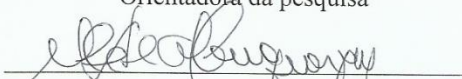
A coleta dos dados junto aos participantes do estudo nas Unidades só será iniciada após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Atenciosamente,

Maceió, 13 de março de 2015.


Mestranda Keyssé Suélen Fidelis de Mesquita
Pesquisadora responsável


Prof.ª Dr.ª Patrícia de Carvalho Nagliate
Orientadora da pesquisa


Prof.ª Dr.ª Maria Cícera dos Santos Albuquerque
Co-orientadora da pesquisa

ANEXO G - Declaração de publicidade da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

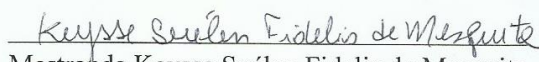
DECLARAÇÃO DE PUBLICIDADE DA PESQUISA

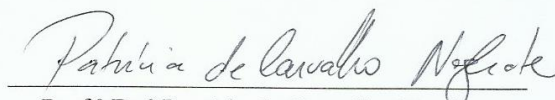
“Construção de um instrumento de apoio à decisão para enfermeiros de unidade básica de saúde e unidade de saúde da família sobre sofrimento mental”.

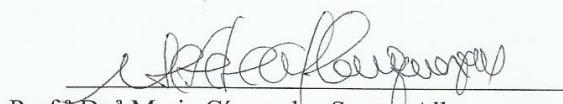
Eu, Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita, pesquisadora responsável pelo presente projeto de pesquisa, declaro que não há qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados desta pesquisa e, portanto, comprometo-me a tornar públicos às autoridades regulatórias, os resultados desta pesquisa, quer sejam eles favoráveis ou não. Estou de acordo com o delineamento do projeto supracitado e o cumprirei juntamente com a orientadora Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate e a co-orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque em arquivo as fichas e as gravações correspondentes a cada participante incluído na pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo, durante o período de cinco anos, após o término do estudo.

Atenciosamente,

Maceió, 13 de março de 2015.


Mestranda Keyssse Suélen Fidelis de Mesquita
Pesquisadora responsável


Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate
Orientadora da pesquisa


Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos Albuquerque
Co-orientadora da pesquisa