

Visita domiciliar em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de enfermagem



Home visit in mental health in Primary Health Care: perceptions of the nursing team

Visita domiciliar en salud mental en Atención Primaria de Salud: percepciones del grupo de enfermeira

Amanda Garcia Ribeiro^a

Maria de Lourdes Custódio Duarte^a

Eduarda Paza Dias^a

Daniela Giotti da Silva^b

Como citar este artigo:

Ribeiro AG, Duarte MLC, Dias EP, Silva DG. Visita domiciliar em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250147. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250147.pt>

RESUMO

Objetivo: Conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem acerca da realização de visitas domiciliares em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Método: Pesquisa qualitativa, realizada em uma Unidade Básica de Saúde de um município do Sul do Brasil, em 2024. Participaram 10 profissionais de enfermagem, sendo cinco enfermeiras e cinco técnicos de enfermagem, por meio de entrevistas semiestruturadas que foram analisadas conforme a Análise Temática, sob ótica do referencial da Atenção Psicossocial.

Resultados: Os profissionais de enfermagem relataram o conhecimento do ambiente familiar, o fortalecimento de vínculo, escuta e acolhimento e a educação em saúde como fatores importantes das visitas domiciliares em saúde mental. Além disso, a alta demanda de trabalho, o déficit de conhecimento na área de saúde mental e a ausência da família foram citados como desafios. As estratégias incluem o planejamento da visita domiciliar, acompanhamento da equipe multiprofissional e a presença dos agentes comunitários de saúde.

Considerações finais: Esse estudo permitiu conhecer as percepções da equipe de enfermagem acerca das visitas domiciliares em saúde mental, ressaltando a importância dessa ferramenta de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, na perspectiva da Atenção Psicossocial. A superação dos desafios requer um trabalho coletivo e pautado na integralidade do cuidado.

Descritores: Visita Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To know the perceptions of nursing professionals regarding the performance of home visits in mental health in Primary Health Care.

Method: Qualitative research, conducted in a Primary Health Care Unit in a municipality in Southern Brazil, in 2024. Ten nursing professionals participated, including five nurses and five nursing technicians, through semi-structured interviews that were analyzed according to Thematic Analysis, from the perspective of the Psychosocial Care framework.

Results: Nursing professionals reported knowledge of the family environment, strengthening bonds, listening and welcoming, and health education as important factors in mental health home visits. Furthermore, high workloads, a lack of mental health knowledge, and the absence of family members were cited as challenges. Therefore, strategies include planning home visits, monitoring by a multidisciplinary team, and the presence of community health workers.

Final Considerations: This study allowed to understand the perceptions of the nursing team regarding home visits in mental health, highlighting the importance of this care tool for people in psychological distress, from the perspective of Psychosocial Care. Overcoming the challenges requires collective work based on the comprehensiveness of care.

Descriptors: House Calls; Primary Health Care; Mental Health; Nursing Team.

RESUMEN

Objetivo: Saber las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la realización de visitas domiciliarias en salud mental en Atención Primaria de Salud.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Método: Investigación cualitativa realizada en una Unidad de Atención Primaria de Salud de un municipio del sur de Brasil, en 2024. Participaron diez profesionales de enfermería, cinco enfermeras y cinco técnicos de enfermería, mediante entrevistas semiestructuradas que se analizaron según el Análisis Temático, desde la perspectiva del marco de Atención Psicosocial.

Resultados: Los profesionales de enfermería indicaron que el conocimiento del entorno familiar, el fortalecimiento de vínculos, la escucha y acogida, y la educación para salud son factores importantes en las visitas domiciliarias de salud mental. Además, la alta carga de trabajo, falta de conocimientos sobre salud mental y ausencia de familiares se mencionaron como desafíos. Por lo tanto, las estrategias incluyen planificación de las visitas domiciliarias, seguimiento por parte de un equipo multidisciplinario y la presencia de agentes de salud comunitarios.

Consideraciones finales: Este estudio permitió comprender las percepciones del equipo de enfermería sobre las visitas domiciliarias en salud mental, destacando la importancia de esta herramienta asistencial para personas con malestar psicológico, desde la perspectiva de la Atención Psicosocial. Superar los desafíos requiere un trabajo colectivo basado en la integralidad de la atención.

Descriptores: Visita Domiciliaria; Atención Primaria de Salud; Salud Mental; Grupo de Enfermería

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é, preferencialmente, o ponto de entrada de qualquer indivíduo no Sistema Único de Saúde (SUS), que realiza ações para a promoção e proteção da saúde, com ênfase na prevenção de agravos e criação de vínculo entre usuário e instituição, facilitando o acompanhamento terapêutico⁽¹⁾. Dessa forma, o cuidado na APS tem o intuito de aumentar a equidade do acesso aos serviços, substituindo o enfoque do método curativo para o método preventivo, tendo por característica o seu trabalho multiprofissional, com estratégias específicas destinadas a atender às demandas da população⁽²⁾.

Dentre essas ações, a Visita Domiciliar (VD) é uma metodologia de trabalho onde o profissional se insere no território e vai até ao domicílio realizar o acompanhamento ao usuário. Além disso, é uma estratégia que viabiliza o cuidado a pessoas com algum nível de alteração nas condições de saúde (dependência física ou emocional), permitindo a quebra de barreiras existentes entre os conhecimentos científico e popular, agregando-os para a promoção de saúde no domicílio⁽³⁾.

Programas de VD têm sido tipicamente uma abordagem que fazem parte de um “continuum” de cuidados e de uma rede de serviços, implementados para acompanhar famílias com necessidades complexas de saúde. Além disso, realizar intervenções em um ambiente doméstico tem vários benefícios, incluindo melhor construção de relacionamento e o envolvimento de toda a família⁽⁴⁾. Assim, a escolha do atendimento no domicílio tem como objetivo deixar de ver a doença e, sim, a família em seu contexto de moradia e relações interpessoais, garantindo a melhoria do bem-estar, tanto em seus aspectos físicos, como psíquicos⁽⁵⁾.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, através das políticas de expansão da APS, tem estimulado ações que remetem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas de saúde mental. Essa articulação entre os serviços de saúde mental e a APS tem como princípios a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental e a promoção e construção de autonomia dos usuários e familiares⁽⁶⁾.

Considerando que o atual modelo de assistência em saúde mental, pautado na Atenção Psicossocial, possui como pressupostos o cuidado em liberdade e no território⁽⁶⁾, a VD é entendida como uma ferramenta de cuidado que potencializa a integralidade da pessoa em sofrimento psíquico no domicílio⁽⁵⁾. Nesse contexto, a equipe de enfermagem atua em todos os dispositivos da rede e ocupa um lugar de protagonismo na atenção à saúde mental dos usuários da APS, sendo responsável por estabelecer uma relação terapêutica, ofertar atendimentos individuais e em grupo, manejar crises e promover estratégias de autocuidado, estabelecendo uma relação de confiança e respeito⁽⁷⁾.

A motivação para este estudo surgiu a partir das vivências das autoras no campo da saúde mental na APS. As experiências proporcionaram observar dificuldades em relação à segurança do território, a ausência dos familiares no acompanhamento do atendimento no domicílio, a alta demanda de casos de pessoas em sofrimento psíquico na área de abrangência, além da falta de habilidades para manejar essas situações, sobretudo, por parte da equipe de enfermagem.

A literatura sobre VD abrange estudos que trazem a percepção dos usuários a respeito da realização dessa ferramenta de cuidado utilizada na APS em seus domicílios e quais suas experiências e sugestões de melhoria⁽³⁾. Já, em um estudo de abrangência nacional,

a efetividade das VDs foi analisada a partir de escalas que mapearam a organização e frequência de atendimentos, podendo contribuir para o conhecimento das características das VDs realizadas no país⁽⁸⁾. Nessa temática, em outra pesquisa, o papel da atenção domiciliar no Brasil revela que as VDs podem ser bastante imersivas, dependendo dos métodos estabelecidos para as ações de interação, e da confiança e vínculo entre usuário e equipe multidisciplinar⁽⁹⁾.

Em relação à saúde mental, encontraram-se pesquisas que abordam a prática de VDs dentro da rede especializada de atenção psicossocial, entendendo a VD como um instrumento de cuidado, promoção do tratamento e qualidade de vida, considerando a complexidade das relações familiares e sociais em contextos desafiadores^(5,10-11). Há outros estudos que trazem apenas a ótica do enfermeiro na realização das visitas domiciliares na APS^(2,7,12). No entanto, nota-se uma lacuna do conhecimento no que diz respeito à intersecção dos assuntos VD, APS, saúde mental e equipe de enfermagem, incluindo os técnicos de enfermagem, justificando a realização deste estudo.

Para discutir as VDs destinadas às pessoas em sofrimento psíquico, o referencial da Atenção Psicossocial traz contribuições importantes, uma vez que é caracterizado pela ampliação do conceito de saúde, pressupondo o cuidado integral e humanizado. Nesse modelo o objetivo da intervenção, no caso a VD, se desloca da doença para a subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico, elegendo o território um espaço de produção do cuidado⁽⁶⁾.

Dessa forma, questiona-se: Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da realização das visitas domiciliares em saúde mental na Atenção Primária à Saúde? Este estudo pretende valorizar a perspectiva dos profissionais de enfermagem, destacando a relevância das VDs na reabilitação psicossocial e no fortalecimento do cuidado em saúde mental na APS.

Sendo assim, o objetivo consistiu em conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem acerca da realização de visitas domiciliares em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva⁽¹³⁾, que seguiu as recomendações do instrumento *Consolidated Criteria for REporting Qualitative research* (COREQ), que contempla 32 critérios em três domínios:

equipe de pesquisa e reflexividade, conceito do estudo, análise e resultados, que permitiram a qualificação do estudo⁽¹⁴⁾.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Sul do Brasil. Esta UBS abrange em torno de 18.500 famílias, com cerca de 45 mil usuários cadastrados, e conta com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, além de professores, residentes e graduandos das áreas acima. Cabe ressaltar que a enfermagem é uma das categorias que assume protagonismo nas interlocuções no que se refere às VDs de saúde mental.

A equipe de enfermagem era composta por cinco enfermeiras e 11 técnicos de enfermagem. A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional e por conveniência, após contato prévio, na apresentação do estudo em uma reunião de equipe no espaço físico da UBS, onde foram expostos os objetivos, propósitos e razões para o desenvolvimento do estudo. Foram incluídos no estudo profissionais de enfermagem que possuíssem contrato efetivo igual ou maior que seis meses de trabalho. Não foram contemplados no estudo profissionais de enfermagem que estivessem em licença de saúde, licença-maternidade ou em férias no período das entrevistas.

Após a aplicação dos critérios de seleção, três técnicos de enfermagem possuíam tempo inferior a seis meses de trabalho, dois estavam de férias e um em licença de saúde. Sendo assim, foram incluídos 10 participantes, sendo cinco enfermeiras e cinco técnicos de enfermagem que aceitaram participar do estudo, e não houve desistências.

Para a coleta dos dados, foram feitos convites pessoalmente aos membros da equipe de enfermagem e, confirmado o aceite, agendou-se a entrevista conforme a disponibilidade de cada participante. O método utilizado para a coleta das informações foi a entrevista semiestruturada, de forma presencial, na própria UBS, em sala reservada e livre de ruídos, garantindo a privacidade dos entrevistados. Além disso, as entrevistas foram aplicadas pelas autoras do estudo, que possuíam experiência prévia em coleta de dados de pesquisa qualitativa, sendo uma mestranda e uma bolsista de iniciação científica. As pesquisadoras não tinham relação interpessoal prévia com os participantes, a fim de não gerar viés no estudo.

O roteiro semiestruturado continha questões fechadas sobre o perfil dos participantes, como sexo, idade, raça/cor autodeclarada, formação profissional, pós-graduação, tempo de trabalho e carga horária semanal. Já, na parte das perguntas abertas, os questionamentos foram: "O que você entende por visita domiciliar em saúde mental?"; "Quais as dificuldades para realização da visita domiciliar na área de saúde mental?"; "Você possui algum planejamento para realização das visitas domiciliares? Se sim, fale sobre.", onde os participantes puderam discorrer sobre o tema proposto e complementar com mais informações, caso achassem necessário. Realizou-se um teste piloto com um enfermeiro e um técnico de enfermagem, para verificar se as questões estavam adequadas para a compreensão dos entrevistados, não sendo incluídos na pesquisa.

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de novembro a dezembro de 2024 e as entrevistas tiveram tempos de 10 a 25 minutos de duração, sendo audiogravadas com consentimento prévio dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra pelas pesquisadoras. Ao final, foi questionado sobre a vontade do entrevistado de ouvir o conteúdo da entrevista. Nesse sentido, somente as autoras tiveram acesso às respostas dos entrevistados, as quais foram codificadas para preservação da privacidade e manter o anonimato. As enfermeiras foram codificadas com a letra "E" seguida pelo número de acordo com a sequência em que a entrevista ocorreu, como "E1", "E2", e assim sucessivamente. Já os técnicos de enfermagem foram codificados com a letra "T" seguida do número correspondente à sequência das entrevistas, como "T1", "T2", e assim por diante.

As transcrições foram analisadas pelo método da Análise Temática proposta por Minayo, com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹³⁾.

A primeira etapa consistiu na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. Durante essa fase foi realizada uma leitura flutuante para contato direto e intenso com o material de campo, a fim de compreender o conteúdo e constituir um *corpus*, que corresponde ao conteúdo estudado em sua totalidade, retomando o processo da etapa exploratória e tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e as indagações iniciais.

Ainda nessa fase, determinaram-se as unidades de registro, as unidade de contexto (a delimitação do

contexto de compreensão da unidade de registro), a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise⁽¹³⁾, tais como: "incluir a rede de apoio familiar", "observar a organização do espaço de moradia", "alta demanda de trabalho interno", "recursos da rede", "receio da agressividade", "disponibilidade das pessoas em receber a VD", "foco no diagnóstico e medicalização", "estudar o prontuário", "discutir o caso em reunião de equipe", "incluir a família na VD", "avaliar os riscos" e "explicar o porquê da visita".

A segunda etapa incluiu o agrupamento de categorias onde o conteúdo foi organizado, visando alcançar a compreensão do texto. A categorização se constitui em um processo de redução do texto, resultando na classificação e agregação dos dados, separando-os em categorias responsáveis pela especificação dos temas⁽¹³⁾, onde emergiram as seguintes categorias: "A importância da visita domiciliar no cuidado em saúde mental", "Os desafios para a realização das visitas domiciliares em saúde mental" e "As estratégias utilizadas para a realização das visitas domiciliares em saúde mental".

Por fim, na terceira etapa, evidencia-se as informações obtidas e a partir dela, foram realizadas inferências e interpretações⁽¹³⁾, relacionando-as em torno de novas dimensões teóricas propostas pelo psiquiatra Paulo Amarante, um dos pioneiros do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do referencial da Atenção Psicossocial⁽⁶⁾.

O estudo foi iniciado após a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição que gere a UBS, sendo aprovado sob o número 7.020.708 (CAAE 81178324.7.0000.5327). Aos participantes foi assegurada a preservação da sua identidade, tendo sido respeitados os itens que constam na Resolução nº 466/12⁽¹⁵⁾ e na Resolução nº 510/16⁽¹⁶⁾ do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõem sobre as normas éticas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

Os dados pessoais obtidos foram manejados respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)⁽¹⁷⁾, que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Forneceu-se a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lido, elucidado e assinado em duas vias pela pesquisadora

que realizou a entrevista e pelo entrevistado, cada um recebendo uma cópia de igual teor. O TCLE continha informações referentes ao projeto de pesquisa, como objetivos, riscos e benefícios, bem como a garantia do caráter voluntário de participação, da manutenção de seu anonimato e da possibilidade de retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Os riscos relacionados à participação foram referentes ao possível desconforto ou constrangimento ao abordar o conteúdo das perguntas.

■ RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes entrevistados, nove eram do sexo feminino e um, do sexo masculino, e a idade variou de 34 a 68 anos. Em relação à raça/cor, oito profissionais se autodeclararam brancos e houve dois autodeclarados negros. Já, sobre a formação profissional, todas as enfermeiras entrevistadas possuíam pós-graduação, duas delas com especialização especificamente em saúde mental. Já os técnicos de enfermagem entrevistados não possuíam cursos de especialização. O tempo de trabalho dos profissionais na UBS variou entre 7 meses e 14 anos, e a carga horária de todos os profissionais de enfermagem era de 36 horas semanais.

A importância da visita domiciliar no cuidado em saúde mental

Em relação à primeira categoria, foram verbalizados pelos entrevistados aspectos que destacam a importância da realização das VDs no cuidado em saúde mental, como o conhecimento do ambiente domiciliar, fortalecimento de vínculo, escuta e acolhimento, e educação em saúde.

O conhecimento do ambiente domiciliar foi trazido pelos profissionais de enfermagem como uma forma de terem uma visão ampla da rotina do usuário. Além disso, os profissionais entrevistados verbalizaram que, muitas vezes, por meio das VDs conseguiam identificar comportamentos que ficariam omitidos em uma consulta tradicional.

A gente entende que é para avaliar como é que está na organização do indivíduo e da família. Na visita a gente observa isso, como é que está a sua organização no espaço de moradia, as relações familiares, como é que as pessoas estão inseridas nessa comunidade, e pensar essas estratégias de acordo com o que for identificado. A partir de como a pessoa se organiza no seu espaço, a gente entende como

é que são os outros funcionamentos, a residência fala muito da pessoa e daquele ambiente. (E4)

É uma maneira da gente avaliar o paciente na convivência familiar e com a comunidade, no que se refere à saúde mental. [...] Se o paciente vem na consulta, tu avalia o indivíduo e, tu fazendo a avaliação no ambiente onde mora o paciente, tu consegue avaliar a família, a relação interpessoal, a relação com amigos, com os vizinhos, né? Observar o local onde mora, as condições de moradia dessa pessoa e principalmente a convivência familiar, assim que tu consegue ter essa visão. (E5)

Quando a gente precisa entender mais o contexto do usuário, da família e da comunidade que ele mora, muitas vezes a gente vê que as nossas interpretações aqui não estão sendo o suficiente, daí precisamos ir para o domicílio entender o contexto. (T1)

Os recursos disponíveis no local, a organização do ambiente e as relações familiares e de comunidade foram potencializadores relatados pelos profissionais de enfermagem, para perceber possíveis agravantes e planejar o cuidado de acordo com as necessidades individuais dos usuários.

Ao conhecer o domicílio, o profissional estreita relações, fortalecendo o vínculo para com o usuário, sendo outro aspecto potente na realização das VDs no cuidado em saúde mental. A partir das suas experiências, notaram que as pessoas se sentem acolhidas quando percebem que a equipe está interessada no seu cuidado por meio da realização das VDs.

Acho também que o vínculo é bem fortalecido quando tu vai na casa das pessoas, elas veem que tu tá interessada em cuidar delas de alguma forma. (E1)

Eu entendo que é um acolhimento, é tentar acolher da melhor maneira possível, sendo mental ou físico. (T5)

Eu penso que é ir e fazer uma escuta, né? Talvez, assim, a segurança que o paciente sente no lar, na casa dele, vai ser melhor para ele abrir e falar do que se ele tiver que vir em uma unidade de saúde. Eu acredito que é isso, né? Mas ele vai ter mais conforto de falar se ele estiver em um ambiente que ele conhece. (T4)

De acordo com os depoimentos, as pessoas em sofrimento psíquico se sentem mais confortáveis para conversar sobre as suas necessidades dentro do seu ambiente domiciliar, em comparação a um atendimento realizado dentro do consultório.

A criação do vínculo e a proximidade entre os profissionais e usuários são características imprescindíveis na promoção da saúde mental e trazem maior autonomia e engajamento para o andamento e continuidade do cuidado, além de incentivar maior adesão à educação em saúde, para o protagonismo em seu tratamento.

Continuidade do trabalho. A gente atende dentro do domicílio, dentro da rotina do paciente, educa o paciente e educa a família, né, os vizinhos, se for o caso. Às vezes, não tem a família, mas tem os vizinhos, para tentar direcionar o cuidado, tanto da medicação ou da rotina. (T3)

Por fim, a utilização das VDs como um instrumento de cuidado no processo de educação em saúde foi citada pelos profissionais da equipe de enfermagem, uma vez que o ambiente domiciliar proporciona informações relevantes sobre a rotina e organização, oportunizando formas de educar a família, e educar o usuário sobre os cuidados necessários da sua própria condição de saúde.

Os desafios para a realização das visitas domiciliares em saúde mental

Nesta categoria, surgiram desafios para a realização de VDs na saúde mental, como a alta demanda de trabalho, o déficit de conhecimento em saúde mental e a ausência da família.

A alta demanda de trabalho foi citada pelos entrevistados como um fator que dificulta a realização das VDs em saúde mental, visto que, na sua prática diária percebiam que, devido à grande quantidade de atendimentos realizados diariamente na UBS, muitas vezes ficavam impossibilitados de realizar os atendimentos no domicílio.

Acho que talvez o empecilho seja a demanda de trabalho mesmo, sabe? Porque a gente acaba indo para aquilo que tá mais gritante, assim, né? (E2)

Acho que o que mais dificulta a saída do técnico é a demanda interna. Para poder cobrir as salas que

tem aqui, sempre vai ser prioridade cobrir a unidade do que sair. Tem muita demanda aqui. (T4)

A gente ainda trabalha muito pouco com saúde mental, que na atenção básica é muito focado no diagnóstico e medicalização. A demanda não deixa a gente ter muito atendimento, porque acaba focando em coisas mais urgentes. Eu acho que a gente medicaliza demais. (E1)

Conforme os relatos, o modelo biomédico pautado no diagnóstico, sintomas e medicalização ainda estava presente na UBS do município estudado e era reforçado pela alta demanda de trabalho, fazendo com que o tempo fosse dedicado para as tarefas internas da unidade. Nessa lógica, o cuidado em saúde mental acaba não sendo contemplado, pois exige mais tempo de atendimento pelo profissional, tendo em vista a sua subjetividade.

O modelo biomédico e o déficit de conhecimento em saúde mental corroboram com os estigmas de pessoas em sofrimento psíquico, o que gera um desafio para a realização das VDs em saúde mental.

A própria condição do paciente às vezes é um desafio para a gente, às vezes a gente chega lá, o paciente está agressivo, ou muito agitado, isso é um desafio para a gente conseguir até se comunicar com ele. (T1)

Às vezes acho que tenho medo, às vezes as pessoas com a saúde mental abalada são mais agressivas e, pela minha estatura também, às vezes eles são mais fortes e às vezes eu fico com medo da violência. (T5)

Às vezes tu fica meio impactada assim, se perguntando como agir nessa situação. Então, eu acho que a gente tem que estar sempre aprendendo, acho até que poderia ter mais treinamentos e como a gente pode abordar as pessoas nessa questão de saúde mental, às vezes eu fico meio sem saber o que fazer. (T1)

Aqui eu sou técnica de enfermagem de atenção primária, eu não sou técnica de enfermagem que já trabalhou ou que tem experiência em psiquiatria ou saúde mental. (T3)

Conforme os depoimentos, muitas vezes os profissionais não sabem como agir em relação aos cuidados dos usuários no que tange às suas condições de saúde mental, sentindo-se inseguros para a realização dos atendimentos. Essa insegurança pode vir do estigma e preconceitos muito enraizados, nos quais a pessoa em sofrimento psíquico ainda é vista como imprevisível e agressiva.

A ausência da família durante a realização das VDs foi apontada como outro fator desafiador, pois, de acordo com os entrevistados, traz uma visão unilateral, sendo um limitador para o cuidado.

A gente tem muitos pacientes que eram para estar acompanhados, né? Idosos, pacientes, assim, dependentes, até da área de saúde mental, que deveriam estar acompanhados com familiares e não estão. E, muitas vezes, são pacientes que não teriam condições de nos receber sozinhos. Então, para mim, é um desafio a gente fazer a visita, encontrar o paciente sozinho, quando ele consegue nos receber, né? E também ter essa visão unilateral, é uma questão só do que o paciente está trazendo. Muitas vezes, ele é confuso, desorientado, nesse tipo de paciente, teria que ter um familiar que te dá uma visão melhor. (E5)

A participação familiar é estratégica no planejamento e construção de um cuidado integral em saúde mental, indo ao encontro dos pressupostos do modelo de atenção psicossocial, uma vez que o papel da família é importante para o tratamento e manejo do usuário no domicílio.

As estratégias utilizadas para a realização das visitas domiciliares em saúde mental

Nesta categoria, os entrevistados relataram as estratégias utilizadas para a realização das VDs às pessoas em sofrimento psíquico, como o planejamento, o acompanhamento da equipe multiprofissional e a presença dos agentes comunitários de saúde.

O planejamento da VD, por meio do estudo do prontuário e das discussões de caso em reunião de equipe, foi citado pelos profissionais como uma estratégia utilizada para a realização das VDs em saúde mental, visando definir a melhor abordagem de acordo com as necessidades dos usuários.

De estratégia, normalmente a gente pensa na semana, o que vai ser feito. Se é uma visita domiciliar para curativo, como é a rede de apoio daquele paciente e com quem a gente vai falar, sempre tem alguém que a gente vai entrar em contato, vai perguntar como que tá. Semanalmente a gente tem reunião de equipe, a gente já passa na reunião de equipe: "Olha, eu fui lá coletar, e eu acho que o senhor fulano não está bem, quem sabe vamos mais um médico nessa semana, semana que vem vai outro, pra gente ir tendo aquela visão." (T3)

É revisar o prontuário, então, antes de sair, para a gente ter uma ideia do que nos espera, assim, como foi o atendimento anterior, enfim, para a gente ter uma ideia de em que pé está a situação, né? (T4)

Sempre estudo o prontuário para saber as possíveis necessidades da pessoa e, em alguns casos, eu ligo antes para saber o que a pessoa está precisando, para identificar as necessidades da pessoa e da família. Quando tem algum problema de saúde mental, a gente discute o caso com a equipe e definimos os encaminhamentos. (E3)

Fazer ligação antecipadamente para o usuário e sua família, revisar o prontuário e discutir em reunião de equipe foram estratégias mencionadas para o planejamento das VDs. Nesse sentido, a VD começa muito antes de o profissional sair da unidade, uma vez que esses dispositivos exigem uma organização prévia.

As discussões de caso nas reuniões de equipe facilitam a análise da necessidade de realização das VDs acompanhadas por outro membro da equipe multidisciplinar. Esta estratégia foi citada pelos entrevistados a fim de aumentar a segurança do profissional durante as VDs.

Às vezes, em determinadas situações, fica complicado a gente ir sozinho, né? Porque a gente não sabe o grau de adoecimento da pessoa e a própria questão do local. Às vezes a gente tem situações de risco, que precisam ter tentativas de minimizá-las, ou a gente se cercar de dispositivos de segurança para fazer a visita individual e fazer um pouco mais de avaliação do lugar. (E4)

Não ir sozinho e pensar se tem alguma situação mais problemática assim de alguém, se a gente quer botar algum outro membro da família, ir em horários que a pessoa esteja nas situações onde se avalia um risco de autoagressão e heteroagressão e com a necessidade de uma avaliação de emergência de saúde mental. (E4)

Quando a gente vai fazer uma visita de saúde mental a gente nunca vai sozinho, essa é uma estratégia que a gente usa, porque a gente não sabe quais as condições que o paciente está em casa, então a gente procura nunca ir sozinho. (T1)

Na realização da VD, os entrevistados preocupavam-se com a segurança do território e com a sua própria, na medida em que se organizavam em pares para o deslocamento e atendimento domiciliar do usuário. Essas medidas adotadas podem inibir situações de risco no domicílio e na comunidade, amenizando o receio da imprevisibilidade na assistência.

Dentre os membros da equipe, destaca-se a presença dos ACS como uma estratégia eficaz para a realização das VDs, uma vez que eles estão inseridos na comunidade e fortalecem o vínculo dos usuários com os demais profissionais, incluindo a equipe de enfermagem.

Na reunião da equipe, as demandas sempre são levadas quando é uma questão de saúde mental, porque tem os agentes de saúde que às vezes já conhecem a família, principalmente nos casos de saúde mental [...] (E1)

Eu utilizo, normalmente, o acompanhamento do agente de saúde, porque ele conhece bem a área onde o paciente reside, conhece vizinhos, conhece amigos, e tem essa interação. (E5)

Os ACS são os profissionais que conhecem o território, os recursos disponíveis, as famílias e a comunidade de modo geral, fatores que podem contribuir positivamente para o planejamento dos cuidados de enfermagem em saúde mental durante as VDs às pessoas em sofrimento psíquico.

DISCUSSÃO

A abordagem da estrutura e da dinâmica familiar que é viabilizada pela VD mostra a sua importância, constituindo-se objeto de intervenção da equipe, o que permite melhor compreensão dos modos como estas interferem na vida das pessoas em sofrimento psíquico⁽⁵⁾. Ao conhecer seu domicílio e a organização do usuário, o profissional tem a possibilidade de se inserir no seu contexto, tendo a sensibilidade necessária para compreender como o cuidado é realizado. Essa perspectiva dialoga com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que propõe uma atenção pautada na integralidade do cuidado e na inclusão da família e do território como dimensões fundamentais do processo terapêutico⁽⁶⁾.

A partir dessa inserção, é possível obter informações sobre as suas demandas de saúde e de cuidado, seu nível de autonomia, a dinâmica do ambiente familiar e da rede de apoio, possibilitando conhecer as condições e as particularidades de cada pessoa em sofrimento psíquico⁽³⁾, o que corrobora com o referencial da Atenção Psicossocial, que propõe uma ruptura com o modelo biomédico tradicional, centrado na doença, e enfatiza o cuidado territorializado, interdisciplinar e voltado à construção de vínculos e à autonomia do sujeito⁽⁶⁾. Além disso, a VD em saúde mental possibilita o estreitamento das relações usuário-profissional, sendo dispositivo central para o compartilhamento de informações, sentimentos e preocupações, se utilizando de uma comunicação aberta e de suporte às necessidades da pessoa e seu familiar-cuidador⁽¹⁸⁾.

O acolhimento por meio de uma escuta qualificada possibilita que a equipe de enfermagem promova um cuidado integral, na assistência prestada aos usuários no âmbito da saúde mental⁽¹⁹⁾ e são práticas que materializam o cuidado em liberdade, substituindo o controle e a tutela por relações horizontais e solidárias entre profissional e usuário⁽⁶⁾. Além disso, é uma ferramenta essencial para a construção e manutenção do vínculo, do respeito às singularidades e diversidades entre cuidadores e pessoas em sofrimento psíquico⁽¹⁹⁾. Sendo assim, o cuidado faz sentido quando existe longitudinalidade com vínculo duradouro e prática centrada na pessoa, e não na doença, uma vez que a saúde mental não está dissociada da saúde física⁽¹⁸⁾.

Esse conhecimento é importante para a equipe de enfermagem, uma vez que a educação em saúde é um componente importante para a construção do cuidado, visando contemplar a participação de todos os atores envolvidos nas etapas do processo educativo por meio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia do usuário⁽²⁰⁾. Ademais, os familiares devem ser visualizados como parceiros na prestação de cuidados de saúde mental, sendo incentivados a participar do processo de construção desse atendimento no domicílio⁽²¹⁾.

A importância do atendimento em saúde mental no espaço da VD possibilita conhecer o contexto do domicílio e do território, fortalecendo o vínculo entre profissional de enfermagem, a pessoa em sofrimento psíquico e seu familiar, através do acolhimento com escuta qualificada. Cabe aos profissionais da APS vislumbrar a família como uma unidade de cuidado potente para a educação em saúde na área, o que certamente repercutirá no cuidado mais qualificado e consciente por parte dos cuidadores. Entretanto, há desafios para a utilização dessa ferramenta de cuidado em saúde mental, uma vez que a alta demanda de trabalho nos serviços da APS resulta na escassez de tempos para atividades externas à UBS, priorizando outros atendimentos clínicos e internos ao serviço⁽²²⁾.

Além disso, as VDs motivadas por questões clínicas por vezes são priorizadas pela equipe, visto que existem usuários com doenças crônicas no território⁽⁹⁾, o que dificulta ainda mais a realização das VDs com foco em saúde mental. O modelo biomédico, ainda consolidado nas APS, desafia o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, visto que os profissionais possuem foco nas patologias e no diagnóstico⁽⁷⁾. Assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira buscou estabelecer novas relações entre sociedade, sofrimento psíquico e instituições com o propósito de desconstrução do modelo manicomial e de desenvolvimento de uma prática de cuidado em meio aberto, em que essas pessoas tornem-se sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção^(6,23).

Mesmo diante dos avanços ao longo do tempo, persistem ainda desafios para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental no território. Dentre as principais dificuldades encontradas na literatura, podem ser destacadas a insuficiência e distribuição desigual dos serviços, o subfinanciamento, a fragilidade

na articulação intra e intersetorial, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento psíquico e as dificuldades de (re)inserção social⁽²³⁾.

Esse achado corrobora com o pouco conhecimento desses profissionais para atuarem no cuidado em saúde mental, uma vez que os sinais e sintomas clínicos parecem se sobrepor os aspectos psíquicos dos usuários, ocasionando manejo inadequado por parte dos profissionais, que, por sua vez, muitas vezes se sentem despreparados para o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico⁽²⁴⁾. No contexto do domicílio, essa lacuna de conhecimento fica ainda mais notória, pois os profissionais podem se encontrar diante de residências e histórias desconhecidas, tornando-os vulneráveis a situações inesperadas de manejo de saúde mental.

O conhecimento na área da saúde mental pode proporcionar um cuidado baseado em uma visão integral da pessoa e que remete à necessidade de uma ação intersetorial e interdisciplinar. A integralidade no modelo de Atenção Psicossocial é entendida como dimensão que compreende o sujeito em sua totalidade, com base nos aspectos sociais, políticos e econômicos, bem como na relação com a família, comunidade e sociedade, englobando não somente a perspectiva assistencial, mas sim, outras dimensões da vida^(6,23).

Desta forma, a educação permanente tem um papel fundamental no processo de promover espaços de qualificação profissional para o cuidado em saúde mental aos usuários, sendo essa uma alternativa para a mudança da realidade e quebra de paradigmas por meio da aprendizagem⁽¹⁸⁾ do modelo de cuidado psicossocial. Nesse modelo, a participação das famílias no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico é de fundamental importância, tendo em vista que elas fazem parte da rede de apoio principal, auxiliando no cotidiano de cuidado do usuário no domicílio.

Em contrapartida, a ausência da família nas VDs é um fator negativo no processo de construção de cuidado no que tange à saúde mental, dificultando a construção de relações e vínculos saudáveis e, consequentemente, podendo agudizar o quadro das pessoas em sofrimento⁽²⁵⁾.

É possível afirmar que no contexto do modelo de Atenção Psicossocial, as famílias experimentam situações diversas em relação ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Muitas vezes, essas famílias

sentem-se despreparadas, pois a reconfiguração da dinâmica familiar exige o enfrentamento de estigmas e preconceitos^(6,26), uma vez que são configurações são singulares e interferem de diferentes modos de lidar com os processos de saúde/doença de seus membros⁽¹⁸⁾.

Além disso, a inclusão da família nos projetos de cuidado é uma diretriz da proposta do modelo de atenção psicossocial, pois entende-se que a família possui um papel de grande relevância no processo terapêutico tanto como cuidadora, compartilhando responsabilidades com a equipe, quanto como objeto de cuidado⁽⁵⁾.

A fim de mitigar os desafios enfrentados para a realização de VDs em saúde mental na UBS estudada, o planejamento das mesmas pelos profissionais da equipe de enfermagem pode ser uma estratégia utilizada para potencializar o mapeamento dos recursos do território a serem incorporados nos processos de cuidado, os quais devem avaliar o contexto do sujeito e sua família, em sua articulação com a vida no território⁽⁵⁾.

A leitura prévia dos prontuários surge na fala dos entrevistados como uma ferramenta que favorece o planejamento de cuidado dos usuários no domicílio, visto que nele constam os registros realizados pela equipe multiprofissional, que planeja o cuidado de acordo com as suas necessidades⁽²⁶⁾. Além disso, as reuniões de equipe auxiliam na organização e na discussão dos planos de cuidado individualizados para cada pessoa em sofrimento psíquico que irá receber a VD por parte da equipe de enfermagem.

Reconhecendo que esse planejamento de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico é um processo complexo e dinâmico, a interlocução dos saberes da equipe multidisciplinar auxilia na promoção de um cuidado integral, pautado na ótica da Atenção Psicossocial, considerando que um profissional não abrangeria de forma global o atendimento das necessidades de cada usuário⁽⁶⁾. Corroborando, o cuidado multiprofissional baseia-se na construção coletiva de saberes, a partir de vivências práticas e troca de experiências, com o intuito de promover o fortalecimento da integralidade nas ações de saúde⁽²³⁾.

Outra estratégia verbalizada pelos profissionais é o acompanhamento da equipe multiprofissional junto aos entrevistados, pois o receio do inesperado na realização das VDs pode ser um fator limitante. A fim de se sentirem mais seguros, os profissionais podem adotar medidas que inibam complicações em situações

de risco no domicílio do usuário ou na comunidade, como, por exemplo, realizar as visitas acompanhados de outros membros da equipe multidisciplinar⁽¹⁰⁾, potencializando trocas que auxiliem na construção de um cuidado integral.

Essa prática está alinhada ao modelo psicossocial pautado pela Reforma Psiquiátrica e aos princípios da RAPS, que valorizam a responsabilização compartilhada e o apoio à desinstitucionalização, promovendo a autonomia e a sociabilidade dos usuários por meio de um cuidado interdisciplinar e comunitário^(6, 23).

Muitas vezes o cuidado em saúde mental ainda é vinculado a estereótipos como imprevisibilidade, violência e estigmas sobre o medo de heteroagressão, voltados a pessoas em sofrimento psíquico, o que pode favorecer a manutenção de modelos hegemonicamente biomédicos e desarticulados, distantes da integralidade proposta pela Atenção Psicossocial⁽²³⁾. Nessa lógica, para qualificar o cuidado a essas pessoas é necessário romper os paradigmas por meio do conhecimento, para que os profissionais de saúde possam prestar um atendimento de forma acolhedora⁽²⁴⁾.

Dentro da equipe multiprofissional, a presença do ACS é estratégica para os cuidados de saúde mental na APS, pois sua proximidade com a comunidade, devido à inserção no território também como moradores, potencializa as condições de cuidados relativos à reabilitação psicossocial⁽²⁷⁾. Esses trabalhadores conseguem criar vínculos de forma mais duradoura e longitudinal, facilitando o monitoramento dos usuários e suas famílias, e a parceria do ACS com a enfermagem na realização das VDs permite a inserção mais assertiva da equipe no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico⁽²⁸⁾.

Este estudo teve como limitações a falta de observação da atuação dos profissionais da equipe de enfermagem entrevistados durante a realização das VDs no território, uma vez que incluir essa estratégia de coleta de dados possibilitaria qualificar ainda mais os resultados obtidos.

Entende-se que este estudo contribui para a divulgação da importância das VDs em saúde mental e sobre o quanto a equipe de enfermagem, apesar de reconhecer a relevância dessa ferramenta e criar estratégias para proporcionar um atendimento integral no domicílio às pessoas em sofrimento psíquico, ainda percebe na sua prática desafios que podem ser minimizados por meio da busca de conhecimento na área de saúde mental.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção da equipe de enfermagem acerca da realização das VDs em saúde mental possibilitou conhecer os fatores que fazem com que a VD seja uma ferramenta importante para a efetividade do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico no território. Também foi possível entender, a partir da fala dos entrevistados, as dificuldades que esses profissionais possuem ao realizar as VDs em saúde mental, bem como das estratégias utilizadas pela enfermagem para superá-los.

Na primeira categoria, pode-se entender que a equipe de enfermagem reconhece a importância do vínculo e do acolhimento como ferramentas relacionais de trabalho no domicílio, pois favorecem o conhecimento do ambiente do usuário. Além disso, é no domicílio que a educação em saúde se concretiza na prática, auxiliando usuários e familiares na construção de um cuidado coletivo, reforçando a importância da realização das VDs no contexto da saúde mental na APS.

Em relação aos desafios apontados pelos profissionais entrevistados na segunda categoria, a alta demanda de trabalho e a priorização dos atendimentos clínicos influenciados pelo modelo biomédico imposto historicamente na saúde são fatores que dificultam a realização das VDs no contexto da saúde mental. O déficit de conhecimento na área da saúde mental gera nos profissionais receios no atendimento, reforçando estigmas e preconceitos relacionados ao cuidado aos usuários em sofrimento psíquico. Além disso, a ausência da família durante a realização das VDs também desafia o atendimento no domicílio, visto que a presença da rede de apoio do usuário influencia positivamente para a construção do cuidado.

Por fim, na última categoria emergiram pronunciamentos dos entrevistados sobre o planejamento das VDs por meio das reuniões de equipe, da leitura do prontuário do usuário e do conhecimento dos recursos disponíveis no território como estratégias para a realização das VDs, a fim de proporcionar às pessoas em sofrimento psíquico um atendimento integral de acordo com as suas necessidades. Ademais, estarem acompanhados por outros profissionais da equipe, em especial os ACS, auxilia em situações de insegurança dos trabalhadores de enfermagem, uma vez que os ACS

são moradores do território e conhecem os recursos disponíveis da área de abrangência da UBS.

O que foi evidenciado na primeira e terceira categoria relaciona-se com os princípios da Atenção Psicossocial e a potencialidade da APS no cuidado em saúde mental. Em relação aos desafios verbalizados pela equipe de enfermagem, evidenciou-se que o modelo biomédico se mantém presente, por vezes, na rotina de trabalho desses serviços de saúde. Vale ressaltar que a superação dos desafios requer um trabalho coletivo e pautado na integralidade do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico.

Sugerem-se novos estudos que incluam outros profissionais da equipe multiprofissional, a fim de captar o entendimento destes sobre as VDs em saúde mental, sobretudo, a inclusão de gestores nessas pesquisas, a fim de diminuir os desafios vivenciados nas práticas desses profissionais, contribuindo para a utilização dessa ferramenta de cuidado em saúde mental na rotina das UBS.

■ REFERÊNCIAS

1. Silva CTS, Assis MMA, Espíndola MMM, Nascimento MAA, Santos AM. Challenges for Primary Health Care Production. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11:e30. <https://doi.org/10.5902/2179769246850>
2. Toso BRGO, Orth BI, Vieira LB, Dalla Nora CR, Geremia DS, Mendonça AVM, et al. Practices developed by nurses in primary health care in southern Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2024;45:e20230154. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230154.en>
3. Paudarco LS, Souza CL, Silva ES, Magalhães DL, Paudarco KS. A visita domiciliar sob olhar do usuário da Atenção Primária. *Rev Saúde Com*. 2021;17(4):2393-2401. <https://doi.org/10.22481/rsc.v17i4.7710>
4. Cibralic S, Wu WT, Ahinkorah BO, Lam-Cassettari C, Woolfenden S, Kohlhoff J, et al. Systematic review and meta-analysis of home visiting interventions aimed at enhancing child mental health, psychosocial, and developmental outcomes in vulnerable families. *BMC Pediatrics*. 2025;25(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05580-1>
5. Moraes APP, Guimarães JMX, Alves LVC, Monteiro ARM. The production of care in psychosocial care services: home visits as an intervention technology to be used in the territory. *Ciê Saude Coletiva*. 2021;26(3):1163-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>
6. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
7. Simão C, Vargas D, Pereira CF. Intervenções de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE01506. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR015066>

8. Rocha LHH, Ribeiro AGA, Silva VA, Sousa FS, Thomaz EBAF. Characteristics of house calls in Brazil: analysis of PMAQ-AB external evaluation cycles. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27:e240007. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240007>
9. Correa AM, Souza DC. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. In: Kruger JM, Silva ALV, Silva GB, Filard MF. *Gestão pública na Região Amazônica*. São Paulo: Pimenta Cultural; 2023;2:360-80. <https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139>
10. Fernandes M, Duarte MLC, Schmalfuss JM. Facilidades e dificuldades na realização de visitas domiciliares em um centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enferm*. 2014;19(3):409-15. <https://doi.org/10.5380/ce.v19i3.34340>
11. Catusso D, Gil PHC. Perceptions of nurses from Psychosocial Care Centers (CAPS) about practices performed during home visits. *Rev Enferm Contemp*. 2024;13:e5825. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.2024.e5825>
12. Ohtake F, Noguchi-Watanabe M, Morita K. The process of home-visiting nurses supporting people with mental disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(21):6965. <https://doi.org/10.3390/ijerph20216965>
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2014.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
15. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF. 2012[cited 2024 Dec 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
16. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Saúde Legis [Internet]. Brasília: MS, 2016[cited 2024 Dec 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
17. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) [Internet]. 2018[cited 2024 Dec 10]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
18. Silva FM, Nasi C, Fiorini AL. Mental health nursing actions in primary health care: scope review. *Saude Coletiva (Barueri)*. 2025;16(98):16626-47. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v16i98p16626-16647>
19. Bessa MM, Freitas RJM, Fonseca AMD, Nascimento EGC, Andrade MF. Tecnologias do cuidado utilizadas pelo enfermeiro na assistência de enfermagem em saúde mental: revisão Integrativa. *Rev Enferm Atual Derme*. 2023;97(1):e023017. <https://doi.org/10.31011/read-2023-v.97-n.1-art.1485>
20. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200806. <https://doi.org/10.1590/interface.200806>
21. Padilla-Ordoñez MP, Aguilar-Sánchez H, Gonzalez-Mayorquin H, Gaxiola-Flores M, Acosta-Rios MI, Garay-Nuñez JR. Mental health education a possibility of collaboration between the family and health professionals. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2024 Oct. 15;32(4):e-1457. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13905379>
22. Lavezzo BO, Horr JF, Micheli D, Silva EA, Reichert RA. Atenção Psicossocial a usuários de álcool e outras drogas: um estudo dos profissionais de um município sul-brasileiro. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:e0212822. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2128>
23. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
24. Laguna GGC, Roberto MESG, Alves TC, Ferreira PRS. When social representations become abstraction in the health area: a review of the Brazilian context on mental disorders. *Saúde Redes*. 2024;10(1):3891. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n1.3891>
25. Ferreira MV, Ramos SB, Chagas BCS. A importância da rede de apoio aos familiares de pessoas com transtorno mental. *Ciê Saúde*. 2024;29(140) <https://doi.org/10.69849/revistaft/ni10202411211358>
26. Barbosa M, Costa N. A loucura nas famílias em tempos de Reforma Psiquiátrica: uma revisão bibliográfica. *Psicol Pesqui*. 2023;17:1-35. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2023.v17.35469>
27. Bombarda TB, Joaquim RHVT. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. *Cad Saúde Coletiva*. 2022;30(2):265-73. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>
28. Leme KEF, Reis MFL, Amorim SGS, Campos RTO. O sociodrama como estratégia de pesquisa qualitativa junto a Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Debate*. 2023;47(137):146-57. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313710>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Amanda Garcia Ribeiro, Maria De Lourdes Custódio Duarte.

Análise formal: Amanda Garcia Ribeiro, Maria De Lourdes Custódio Duarte, Eduarda Paza Dias, Daniela Giotti Da Silva.

Metodologia: Amanda Garcia Ribeiro, Maria De Lourdes Custódio Duarte.

Administração de projeto: Maria De Lourdes Custódio Duarte.

Design da apresentação de dados: Amanda Garcia Ribeiro, Maria De Lourdes Custódio Duarte, Eduarda Paza Dias, Daniela Giotti Da Silva.

Redação - rascunho original: Amanda Garcia Ribeiro, Maria De Lourdes Custódio Duarte, Eduarda Paza Dias, Daniela Giotti Da Silva.

Redação - revisão e edição: Amanda Garcia Ribeiro, Maria De Lourdes Custódio Duarte, Eduarda Paza Dias, Daniela Giotti Da Silva.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Maria De Lourdes Custódio Duarte
E-mail: malulcd@yahoo.com.br

Recebido: 17.06.2025

Aprovado: 11.11.2025

Editor associado:

Rosana Maffaccioli

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

