

Atenção à saúde da pessoa em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família

Attention to the health of the person in psychological distress in the Family Health Strategy

Elaine Lima da Cruz

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em PSF pela Faculdade de Tecnologia e Ciências.

E-mail: enfaelaineacruz@gmail.com

Rose Manuela Marta Santos

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde e discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, nível Doutorado, pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

E-mail: rmms9@hotmail.com

Resumo

Apesar das mudanças gradativas ocorridas após a reforma psiquiátrica no Brasil, principalmente no que tange a reorganização da saúde mental, ainda se identifica dificuldades dos profissionais de saúde quando se refere à assistência na atenção primária. Objetivos: Identificar na literatura acadêmica nacional a concepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção à saúde da pessoa em sofrimento psíquico; conhecer as ações assistenciais realizadas pelos profissionais da equipe e apontar as dificuldades e estratégias encontradas pelos profissionais na assistência à pessoa em sofrimento mental. Metodologia: trata-se de uma revisão sistemática realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde, de 15 artigos publicados de 2012 a 2016 referentes a assistência à pessoa em sofrimento mental na Estratégia Saúde da Família. Os dados foram analisados com base na categorização de dados proposta por Bardin. Os resultados foram apresentados em quatro categorias: Percepção/concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do atendimento a pessoas em sofrimento psíquico; Assistência prestada por profissionais da Estratégia Saúde da Família ao paciente em sofrimento psíquico; Dificuldades encontradas na assistência ao paciente em sofrimento psíquico e sua família e Estratégias apontadas para a assistência ao paciente em sofrimento psíquico e sua família na ESF. Resumo das conclusões: apesar do esforço para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, essa realidade ainda é pouco frequente e

ocorre principalmente devido a formação profissional incipiente em saúde mental, desarticulação e fragmentação do serviço, desqualificação da escuta e do acolhimento, falta de apoio matricial, além do estigma ainda existente. Assim, faz-se necessário uma rede de suporte qualificada e capacitada e os profissionais precisam se despir do preconceito enraizado culturalmente e desmistificar a ideia de que só especialistas trazem resolutividade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Serviços de Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Despite the gradual changes that have occurred after the psychiatric reform in Brazil, especially with regard to the reorganization of mental health, it is still possible to identify the difficulties faced by health professionals when it comes to primary care. Objectives: to identify in the national academic literature the conception of the professionals of the Family Health Strategy on the health care of the person in psychological distress; to know the assistance actions carried out by the professionals of the team and to point out the difficulties and strategies encountered by the professionals in assisting the person suffering from mental illness.

Introdução

Durante décadas, o modelo asilar/manicomial foi o centro da assistência à pessoa em sofrimento mental. Por meio de normas, imposição e tratamentos inadequados, o modelo hospitalocêntrico não enxergava o indivíduo como um ser integral, pois a doença e os sintomas eram o foco de intervenção.¹ Tornando o cuidado a estas pessoas em manicômios como estratégia de afastá-los da sociedade, uma forma visível de exclusão. No

Methodology: this is a systematic review carried out through the Virtual Health Library of 15 published articles from 2012 to 2016 regarding assistance to the person suffering from mental illness in the Family Health Strategy. The data were analyzed based on the categorization of data proposed by Bardin. The results were presented in four categories: Perception / conceptions of professionals of the Family Health Strategy about the care of people in psychological distress; Assistance provided by professionals of the Family Health Strategy to the patient in psychological distress; Difficulties encountered in assisting the patient suffering from psychic suffering and his / her family and Strategies aimed at assisting patients suffering from psychological distress and their family in the FHS. Summary of conclusions: Despite the effort to include mental health actions in Primary Care, this reality is still infrequent and occurs mainly due to incipient professional formation in mental health, disarticulation and fragmentation of the service, disqualification of listening and reception, lack of matrix support, in addition to the stigma that still exists. Thus, a qualified and qualified support network is necessary and professionals need to get rid of the culturally rooted prejudice and demystify the idea that only specialists bring a solution.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Family Health; Mental Health Services; Family Health Strategy.

entanto, este modelo de cuidado passou a ser questionado no período após a segunda guerra mundial em todo mundo.¹

No final da década de 1970 em meio à crise política que o Brasil enfrentava, com o regime autoritário, com as iniquidades sociais e a falta de assistência à saúde, movimentos sociais reuniram-se em busca da redemocratização do país, reivindicando direitos ao cidadão,

principalmente a assistência à saúde. Um destes movimentos ficou conhecido como Reforma Sanitária. Concomitantemente ao movimento sanitário, após a crise e o descrédito dos hospitais psiquiátricos, houve a movimentação social com discussões e reivindicações acerca da forma excludente e segregante de tratar as pessoas em sofrimento mental, este movimento social foi chamado de Reforma Psiquiátrica Brasileira.^{2,3}

Neste contexto, mudanças só começaram a ocorrer após a reforma, quando a atenção foi realmente dirigida à pessoa em sofrimento mental. Os trabalhadores de saúde mental tiveram muita relevância nesse período, juntamente com os trabalhadores de outros segmentos, e, convencidos da necessidade de mudança, indignaram-se e divulgaram as péssimas condições as quais eram submetidos os pacientes dos hospitais psiquiátricos e que estes não respondiam aos tratamentos a que eram submetidos. Assim, o movimento da reforma psiquiátrica incentivou a reinserção social promovendo a autonomia e a identidade das pessoas em sofrimento mental, aproximando a família ao processo terapêutico.¹

No Brasil, a proposta de reorganização da assistência psiquiátrica teve sua ascensão com os movimentos sociais de luta, principalmente dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), por uma Saúde Mental mais humanizada, que caminhou juntamente com os movimentos da Reforma Sanitária em busca de uma saúde como direito de todos. A busca pela reestruturação da assistência psiquiátrica teve sua base consolidada no projeto do Sistema

Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, que firmou em seus artigos a proposta de oferecer aos portadores de transtornos mentais uma nova lógica de atenção à saúde e a transformação das condições de exclusão social nas quais eles se encontravam.⁴

Os movimentos sociais participaram ativamente na luta por uma assistência digna à saúde mental, promovendo encontros regionais e conferências com discussões sobre os novos direcionamentos da assistência psiquiátrica, que culminou na Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. Seu lema estava direcionado para uma sociedade sem manicômios. Posteriormente, em 1992 foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em 2008 para a inserção de profissionais da Saúde Mental na Atenção Básica. Tais medidas ofereceram as pessoas em sofrimento mental uma nova forma de assistência menos excludente, mais humanizada, passando dos modelos manicomial vigentes para modelos substitutivos como o CAPS e, também as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios e a Urgências Psiquiátricas nos hospitais gerais.⁴

Embora o movimento da reforma psiquiátrica tenha conquistado espaços de mudanças importantes e significativas na atenção em saúde mental, com a redução gradativa do modelo asilar/manicomial a partir da reorganização da rede em saúde mental e dos serviços substitutivos, ainda existem dificuldades no contexto das práticas de saúde mental especialmente quando se refere à assistência na atenção primária.¹

O Ministério da Saúde (MS) caracteriza a atenção primária como a porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde que vai desde a promoção e proteção, até a reabilitação e redução de danos. Com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), as etapas de cuidado, interligadas e orientadas neste modelo, buscam desenvolver uma atenção integral a saúde, permitindo uma maior autonomia das pessoas, assim como impactando os determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva.⁵

Assim, de acordo com as mudanças implementadas, no que tange a saúde mental, os trabalhadores de saúde devem estar preparados para atender às pessoas em sofrimento psíquico em consonância com o arcabouço do SUS e da reforma psiquiátrica. A ESF, que tem como orientação a territorialização e a comunidade adstrita, constitui-se portanto, como corresponsável pelos serviços substitutivos da assistência à saúde mental. Nesse contexto a ESF poderá ofertar suporte familiar, servindo como parceiro dos serviços extra-hospitalares para assistência à saúde mental em domicílio.⁶

Neste contexto, a atenção à saúde mental no âmbito dos cuidados primários caracteriza-se pela especificidade de promover ações preventivas, com um cuidado humanizado e promovendo o bem-estar dos usuários. Entretanto, para a implementação desses cuidados em saúde mental é possível verificar dificuldades nesse processo, tais como: a

limitação dos serviços de saúde mental, dificuldade nos direcionamentos dos profissionais e necessidade de investimentos na qualificação dos mesmos com a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS).^{1,7}

Diante das dificuldades que envolvem a assistência em saúde mental, o trabalho se justifica pela necessidade em produzir estudos que forneçam informações quanto a atenção à saúde mental e sua contextualização na ESF, além de proporcionar a sensibilização dos profissionais da ESF quanto sua atuação. Torna-se pertinente o seguinte questionamento: Quais aspectos envolvem a atenção à saúde da pessoa em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família?

Esta pesquisa tem como objetivos identificar na literatura acadêmica nacional a concepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção à saúde da pessoa em sofrimento psíquico; conhecer as ações assistenciais realizadas pelos profissionais da equipe; e apontar as dificuldades e estratégias encontradas pelos profissionais na assistência à pessoa em sofrimento mental.

Métodos

O estudo trata-se de uma revisão integrativa realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando suas principais bases de dados, tais como: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências

da Saúde (MEDLINE) e a Base de dados em Enfermagem (BDENF). As etapas para a elaboração da referida revisão foram: a) identificação do problema; b) busca dos artigos na literatura; c) categorização dos estudos; d) interpretação dos resultados; e) síntese dos artigos analisados.

Para a realização da busca dos artigos foram utilizados os descritores “Saúde Mental”, “Atenção Primária à Saúde”, “Estratégia Saúde da Família”, encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), utilizando o operador booleano AND. Foram adotados como critério de inclusão os artigos originais, em língua portuguesa, disponíveis na íntegra, com acesso gratuito, que versassem diretamente sobre o tema e que compreendessem o período de publicação de 2012 a 2016. Foram excluídos artigos em duplicidade, artigos de revisão de literatura, de reflexão teórica, relatos e ensaios e, aqueles que não contemplavam o objetivo proposto. A coleta foi realizada entre agosto e setembro de 2017.

Na busca dos artigos utilizando os descritores foram encontrados 2.385 e, após a inserção dos critérios de inclusão restaram 64 artigos e, destes, após a realização do segundo processo de filtragem, com a leitura dos títulos e resumos

para a verificação da aproximação com o tema, restaram 24 artigos. Posteriormente foi realizada a leitura minuciosa de todos os artigos na íntegra, observando a adequação ao objetivo da pesquisa. Desta forma, foram excluídos dois artigos de revisão de literatura, um artigo de reflexão teórica, um artigo de relato de experiência, três artigos em duplicidade e dois artigos que não contemplavam o objetivo da pesquisa, restando assim 15 artigos selecionados para compor análise da pesquisa.

Proposta de categorização, que se caracteriza por fases de pré-análise, exploração do material, inferência e interpretação dos dados.⁸ Desta forma, seguindo as fases de avaliação do *corpus* da pesquisa, as categorias emergiram no processo de análise dos artigos selecionados.

Resultados e Discussão

Para o ordenamento e apresentação das evidências encontradas, os dados foram dispostos em quadros, com a organização dos artigos segundo os autores, ano de publicação, título do artigo e o tipo de estudo utilizado (Quadro 1). E, também a distribuição dos artigos quanto ao objetivo da pesquisa e os principais resultados encontrados (Quadro 2).

Quadro 1. Distribuição dos artigos segundo autor, ano de publicação e o título. Itabuna/BA, Brasil, 2017.

Nº	AUTORES/ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO
01	Drescher; Both; Hildebrandt; Leite; Piovesan, 2016. ³	Concepts and interventions on mental health in the perspective of Family Health Strategy professionals.	Pesquisa Qualitativa
02	Gazignato; Silva, 2014. ²	Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.	Pesquisa Qualitativa
03	Miranda; Oliveira; Santos, 2014. ⁹	Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade.	Pesquisa Qualitativa
04	Jorge; Vasconcelos; Maia Neto; Gondim; Simões, 2014. ¹⁰	Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais.	Pesquisa Qualitativa
05	Jorge; Vasconcelos; Castro Junior; Barreto; Rosa; Lima, 2014. ¹¹	Solvability of mental health care in the Family Health Strategy: social representation of professionals and users.	Pesquisa Qualitativa
06	Ribeiro; Caccia-Bava; Guanaes-Lorenzi, 2013. ¹²	Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos.	Pesquisa Qualitativa
07	Andrade; Rodrigues; Carvalho; Mendes; Leite, 2013. ¹³	Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de Saúde da Família.	Pesquisa Qualitativa
08	Veloso; Melo; Souza, 2013. ¹⁴	Concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre saúde mental.	Pesquisa Qualitativa
09	Carvalho; Gondim; Azevedo; Cavalcanti; Ferreira Filha; Queiroz, 2013. ¹⁵	Concepções dos profissionais da estratégia saúde da família sobre intervenção precoce em saúde mental.	Pesquisa Qualitativa
10	Moliner; Lopes, 2013. ¹⁶	Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental.	Pesquisa Qualitativa
11	Azevedo; Santos, 2012. ¹	Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica.	Pesquisa Quantitativa
12	Pinto; Jorge; Vasconcelos; Sampaio; Lima; Bastos et al., 2012. ¹⁷	Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade.	Pesquisa Qualitativa
13	Waidman; Marcon; Pandini; Bessa; Paiano, 2012. ¹⁸	Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica.	Pesquisa Qualitativa
14	Pini; Waidman, 2012. ¹⁹	Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental.	Pesquisa Qualitativa
15	Waidman; Costa; Paiano, 2012. ⁵	Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental.	Pesquisa Qualitativa

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 2. Distribuição dos artigos segundo o objetivo da pesquisa e os principais resultados encontrados. Itabuna/BA, Brasil, 2017.

Nº	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
01	Compreender as percepções de profissionais da saúde vinculados às Estratégias de Saúde da Família sobre doença mental e acerca do atendimento a pessoas em sofrimento psíquico.	Relacionam a doença mental com infração de regras, fuga dos padrões de normalidade, dependência para cuidados, incapacidade para a realização de atividades diárias. Compreendem a assistência com profissionais especializados (médico-centrado) com direcionamento de ações que envolvem a visita domiciliar, consulta médica e de enfermagem, prescrição de medicamentos e encaminhamentos a serviços especializados.
02	Discutir a perspectiva de enfermeiros e agentes comunitários de saúde de Unidades de Saúde da Família do município do Guarujá-SP acerca da sua atuação na área da saúde mental no contexto do trabalho em rede e do matriciamento.	Destaca a importância do trabalho em rede e do matriciamento em saúde mental como ações que têm trazido resultados positivos para a inserção da saúde mental na atenção básica. Foi demonstrado dificuldades em desenvolver o trabalho em rede.
03	Compreender a organização da assistência psicossocial em uma cidade de médio porte.	Foi identificado paradoxos e impasses produzidos pela escassez de recursos, pelo lugar que o CAPS assume na atenção psicossocial e por uma incorporação da política de saúde mental dissociada das reflexões críticas. Os pacientes são identificados por meio dos signos da periculosidade e carência, enquanto que o remédio assume função de agente de apaziguamento, constituindo a principal estratégia terapêutica.
04	Analisar a operacionalização do apoio matricial (AM) em saúde mental na atenção básica (AB).	Foi destacado que o AM pode contribuir decisivamente para que essa reestruturação da AB se realize de maneira compartilhada, em que os profissionais não se sintam desamparados e não percebam a saúde mental como um intencional repasse de funções e tarefas, mas que essa articulação seja entendida como uma ferramenta necessária para a garantia de direitos à população.
05	Apreender as representações sociais sobre resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família de usuários e profissionais de equipes de saúde da família e Centro de Atenção Psicossocial.	As representações dos usuários referem satisfação com o atendimento e profissionais percebem a necessidade de melhoria das ações de saúde. Destaca que a importância do matriciamento em saúde mental, da visita domiciliar e apontam entraves relacionados ao investimento em saúde, educação permanente e organização da assistência.
06	Produzir sentidos com profissionais da Saúde da Família sobre seus recursos para o cuidado em saúde mental.	Foi destacado que apesar das dificuldades vividas no cuidado em saúde mental, evidenciam a necessidade de receberem apoio matricial. Reportam que por recursos insuficientes, apresentam sentimento de fracasso, impotência e incapacidade para o cuidado em saúde mental.

07	Compreender a percepção dos profissionais da equipe de Saúde da Família acerca da atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde.	Os entrevistados veem o portador de sofrimento mental como um indivíduo “diferente” e excluído social. Foram apontados com estratégias de atenção os grupos operativos, a visita domiciliar e acolhimento. Demonstraram dificuldade de superação do modelo hegemônico e a conquista da cidadania dos portadores de sofrimento com novas modalidades de atendimento, tratamento mais humanizado e mais eficaz.
08	Analisar as concepções dos profissionais de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca do que entendem por saúde mental.	Foi constatado que os profissionais concebem a saúde mental a partir de uma perspectiva restrita, centrada no transtorno mental e outros apresentaram uma compreensão mais ampliada, entendendo a dinamicidade do processo saúde-doença mental e identificando a influência de vários fatores que transcendem o setor saúde. Apontam como estratégia o oferecimento de atividades integradas às opções de lazer, esporte, e sensibilização para integração da família ao cuidado.
09	Conhecer as concepções dos profissionais da ESF de Campina Grande sobre a Intervenção Precoce (PI), e em que medida eles executam essa intervenção em suas práticas profissionais.	O PI constitui-se uma iniciativa de âmbito local que tem provocado mudanças em intervenções, mais “qualificadas”. Como dificuldades foram apontadas a insegurança do profissional para intervenção precoce, diagnóstico e conhecimento sobre a saúde mental. Destacados também a importância do apoio matricial, de ações intersetoriais e da parceria familiar e do enfrentamento do estigma sobre a saúde mental.
10	Conhecer como vem se configurando as práticas em saúde mental na atenção básica, através de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de que novas reflexões sejam despertadas acerca da temática.	Foi identificado que a concepção baseia-se no conceito biologista sem olhar para as questões subjetivas e a dimensão social que envolve os usuários e a medicalização como prática recorrente. Foi apontada como estratégias a realização de grupos e visitas domiciliares pela equipe de ESF, para uma atenção à saúde mental efetiva na atenção básica.
11	Identificar o conhecimento dos Enfermeiros da ESF sobre a assistência em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica e investigar a articulação entre CAPS e ESF no tocante às atividades de matriciamento.	Verificou-se que os entrevistados reconhecem a Reforma Psiquiátrica e sua importância no cenário do cuidado em saúde mental na ESF. Observa-se como fragilidades a articulação entre ESF e CAPS; desconhecimento do que seja o matriciamento. Destacam a Educação Permanente em Saúde como estratégia de trabalho junto à percepção do portador de transtorno mental no território.
12	Analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e resolubilidade assistencial.	Observou-se que a integração das ações de saúde mental na Atenção Primária em Saúde estabelece inovação das abordagens psicossociais pela assistência compartilhada entre equipe, familiares e usuários. As atividades do matriciamento em saúde mental disponibilizam ampliação de acesso e diversificação da atenção à saúde direcionada para a integralidade.

13	Conhecer como os enfermeiros que atuam na Atenção Básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) percebem sua capacitação para assistir a pessoa com transtorno mental e sua família e identificar as atividades desenvolvidas por eles.	Os participantes evidenciaram que não se sentem preparados e nem capacitados para atender às necessidades específicas na área de saúde mental. Como fatores desencadeantes da ineficiência do atendimento foram referidos a deficiência na formação acadêmica, a falta de atualização e treinamento na área, jornadas de trabalho exaustivas, remuneração insuficiente e excesso de responsabilidades, além da falta de identificação do profissional com a área da saúde mental.
14	Evidenciar os fatores de contribuição ou de dificuldade apontados pelas equipes de saúde da família no desenvolvimento da assistência ao portador de transtorno mental/família.	Foram citadas questões pessoais, profissionais e relacionadas à estruturação do serviço, tais como sentimentos negativos, despreparo profissional e priorização de ações curativas. Destaque para a referência e contrarreferência deficientes e a atividade matricial. Na realização das ações encontrou-se o vínculo, a falta de envolvimento da família, a recusa da atuação da equipe e a baixa adesão terapêutica. Apontaram que a realização de um trabalho em conjunto com gestores e comunidade se faz necessário.
15	Identificar as percepções de Agentes Comunitários (ACS) de Saúde acerca de saúde e transtorno mental, bem como verificar o preparo desses agentes para atuar na área.	Os ACS entrevistados têm uma percepção de periculosidade que pode gerar receio na abordagem e levar ao preconceito e ao estigma. Destaca-se como desafio a desarticulação de uma rede de suporte para atender a pessoa com transtorno mental e seus familiares. E, como estratégia apontam as capacitações com o intuito de desmistificar esses conceitos segregantes, para melhorar a assistência em saúde mental e lutar pela valorização das pessoas com transtorno mental.

Fonte: Dados da pesquisa

Pode-se perceber que todos os artigos que compõem o *corpus* de análise desta pesquisa, segundo os critérios de inclusão e exclusão, foram constituídos de pesquisas de cunho qualitativo. E as temáticas em destaque perpassaram por concepções e representações sobre saúde mental para os profissionais e os usuários, o apoio matricial como dispositivo para ações de atenção à saúde, as redes de atenção à saúde mental, possibilidades, desafios e estratégias para o atendimento à saúde mental na ESF.

Diante dos dados encontrados, foi possível realizar a categorização de acordo com as temáticas mais abordadas nos artigos. Desta forma, foi possível destacar quatro categorias, tais como: percepção/concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do atendimento a pessoas em sofrimento psíquico; assistência prestada por profissionais da Estratégia Saúde da Família ao paciente em sofrimento psíquico; dificuldades encontradas na assistência ao paciente em sofrimento psíquico e sua família e estratégias

apontadas para a assistência ao paciente em sofrimento psíquico e sua família.

Percepção/concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do atendimento a pessoas em sofrimento psíquico

A saúde mental e as pessoas com transtornos psíquicos, por muito tempo, foram consideradas como um problema e uma ameaça para a sociedade. Tal concepção materializam as barreiras existentes em torno da saúde mental, que perpassa por conceitos cristalizados no processo histórico e cultural da sociedade, perpetuando uma visão conservadora diante das pessoas em sofrimento psíquico.¹³

Nesta perspectiva, na análise realizada dos artigos desta pesquisa foi possível observar que as concepções dos profissionais da ESF ainda estão permeadas por prejulgamentos. De acordo com estudos realizados, foi possível perceber que o atendimento as pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda é carregado de estigmas e preconceitos. Evidenciou-se que o profissional de saúde classifica os pacientes como aqueles que precisam ser tratados de forma diferente e rotulam como aqueles excluídos da sociedade e pela própria família.³

Pesquisa sobre as concepções e percepções de profissionais da saúde do atendimento a pessoas em sofrimento psíquico demonstra que

o estigma atribuído, na maioria das vezes ocorre, pois, muitos profissionais entendem que o paciente é um indivíduo incapaz e totalmente dependente de cuidados e outros veem uma correlação entre a doença mental e a incapacidade intelectual. Este aspecto fortalece dentro do núcleo familiar o estereótipo socialmente construído em torno da pessoa em sofrimento psíquico, de que é incapaz de exercer suas atividades diárias. Tal fato favorece a perpetuação do estereótipo criado pela sociedade no núcleo familiar, além de se sentirem mais responsabilizados pelo cuidado desses indivíduos, podendo assim gerar desgastes e conflitos.³

Foi demonstrado em um estudo que os profissionais definem os portadores de sofrimento psíquico como usuários que precisam de um atendimento diferenciado por se tratar de pessoas não normais e ainda rotulam como “confusas” e “barraqueiras”. E justificam tal concepção pontuando que estes usuários necessitam de psicotrópicos e atendimento no CAPS, que possuem comportamento diferenciado ao chegar a unidade de saúde, que são desconexos quanto as queixas e que brigam e usam xingamentos.¹⁶

É válido ressaltar que o cuidado na atenção básica às pessoas com sofrimento psíquico pode configurar-se como estratégia de desmistificação dos estigmas por sua característica de formação de vínculos. Além da ESF se configurar como porta de entrada

preferencial do sistema de saúde, torna-se facilitadora do acesso, sendo comum que a equipe seja procurada por estes usuários.⁵ Desta forma, é importante que a equipe compreenda o seu papel enquanto reordenadora da rede de atenção à saúde.

Um aspecto importante revelado em um estudo foi a constatação de que existem enfermeiros que discordam da capacidade benéfica que os modelos substitutivos são capazes de trazer aos pacientes e que a extinção dos hospitais psiquiátricos, sob influência do movimento da reforma da saúde mental, não se concretiza como um fator positivo. Além disso, o temor e o sentimento de perigo rondam o imaginário dos sujeitos quando afirmam que a loucura lhes causa medo. Ainda, aponta que tal percepção torna o processo de cuidado sem humanização, tornando-se um obstáculo a assistência aos usuários na ESF.¹

Desse modo, é importante salientar que, para que estas barreiras sejam superadas, há necessidade que os atores sociais reconstituam suas percepções e concepções tradicionais como uma quebra de paradigma.²⁰ Pois é inegável que o preconceito e o estigma direcionados às pessoas em sofrimento mental podem dificultar a assistência em saúde, ocasionando uma forma de atenção fragilizada e/ou negligenciada por muitos profissionais. Esta forma de atenção fragilizada promove a perpetuação da forma de marginalização destas pessoas perante a sociedade.^{21,22}

Assistência prestada por profissionais da Estratégia Saúde da Família ao paciente em sofrimento psíquico

No resgate histórico, após lutas e reivindicações da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial, que culminaram na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, a assistência à saúde mental vem gradativamente se fortalecendo com a articulação da atenção básica.²³ Porém, profissionais de saúde ainda consideram as ações manicomiais como positivas.

Nos artigos analisados, foi possível destacar que os profissionais relatam a terapia medicamentosa como sendo a prática mais recorrente e mais relevante em saúde mental realizada pela equipe na ESF. Ainda assim, alguns conseguem perceber que a prática de medicar, apesar de ter uma resolução imediatista, pode causar um efeito de única alternativa para a saúde mental na APS.^{16,23}

O papel da ESF frente a assistência às pessoas em sofrimento psíquico deve perpassar pela consolidação da reinserção social desses usuários e a desinstitucionalização, bem como no oferecimento do cuidado integral e do apoio às famílias.²⁴ Para tanto, necessita incorporar nas ações, o acolhimento aos usuários em sofrimento psíquico e sua família, o fortalecimento do vínculo, da escuta qualificada, com intuito da melhoria da qualidade de vida tanto do usuário como de seus familiares.²⁵ Em contrapartida,

enfermeiros afirmam que não se sentem aptos para prestar os cuidados à pessoa em sofrimento mental, que pode ser justificada pela falta de iniciativa desses profissionais em procurar qualificação que permitam atender esses indivíduos devidamente.³

Estudo aponta que as ações de saúde da ESF às pessoas em sofrimento psíquico concentram-se no encaminhamento ao médico psiquiatra.¹⁷ Neste ínterim, ao considerarem como uma ação de cuidado, apenas o encaminhamento dos usuários, os profissionais da ESF se isentam da responsabilidade e resolutividade das demandas de sua comunidade adstrita.²⁶ A propósito, a atenção neste espaço de atenção à saúde deveria incluir uma rede de cuidados, incluindo as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivências, os clubes de lazer, entre outros.² Os Centros de Convivência e Cultura (CECOs) é um exemplo de estratégias que fazem parte da rede substitutiva em saúde mental no Brasil e se caracteriza por espaços públicos, onde são oferecidos às pessoas meios de se reunirem livremente, a fim de se socializarem e se posicionarem acerca de sua vida e de sua comunidade.²⁷

Em 2011, foi formulada a portaria 3.088 de 23 de dezembro que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como propósito a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas SUS. Um dos componentes que

constituem a RAPS é a atenção básica, tendo a ESF, os consultórios de rua e as unidades de urgência e emergência como pontos de atenção, que tem como uma de suas atribuições, a elaboração de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais.²⁸ Pode-se refletir e considerar que profissionais reconhecem e compreendem a Rede de Atenção Psicossocial, conseguem realizar o atendimento e referenciar para outro ponto da rede como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quando necessário. No entanto, não é difícil encontrar profissionais que realizam encaminhamentos como forma de eximir-se da responsabilização sobre os usuários na ESF.²⁹

No que se refere às ações de promoção e prevenção realizadas na ESF, estudo apontou poucas ações específicas, como grupos de apoio e oficinas de trabalho.⁶ Também, com pouca expressividade, foram apontadas em outro estudo a oferta de atividades como grupos da terceira idade, grupos de ginástica e grupos terapêuticos, porém, em tais atividades, as famílias não eram incluídas, sendo que os familiares também necessitam de cuidados e de apoio para auxiliarem no tratamento.¹⁸

Assim, para uma atenção integral dos usuários em sofrimento psíquico os profissionais da ESF devem lançar mão de novas práticas de assistência como dispositivo para a construção e consolidação da autonomia e a cidadania dos usuários e apoio aos familiares.

Dificuldades encontradas na assistência ao paciente em sofrimento psíquico e sua família

De acordo com a análise dos artigos, estudos demonstraram que a excessiva burocratização, que é o aumento do poder nos serviços administrativos, proposta pelos programas ministeriais na atenção básica, acaba se tornando um impeditivo para não realização de ações em saúde mental no território. Foi observado também que o profissional enfermeiro acaba se tornando refém dos procedimentos e consultas em que há uma cobrança quantitativa pelos dados, e por não existir essa cobrança de dados referente a saúde mental no Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB), tal abordagem tem sido desconsiderada tanto na assistência direta ao usuário quanto na assistência aos grupos.¹

De acordo com a análise dos artigos foi possível elencar outras dificuldades na assistência à pessoa em sofrimento psíquico na ESF, tais como: dificuldade em lidar com os pacientes em sofrimento mental; deficiência na formação acadêmica; a falta de aptidão, ausência de capacitação e treinamento ou até a inexistência e escassez desse conteúdo em sua formação. Além da demora nos serviços de referência e contrarreferência; falha dos profissionais em não incluir em sua prática ações voltadas para a pessoa em sofrimento mental; organização dos modelos substitutivos que se mostram ineficazes; alta demanda do serviço e que isso impossibilita realizar atividades de saúde mental.^{10,11}

Diante da necessidade de uma reformulação na concepção sobre a assistência em saúde mental faz-se necessário um novo enfoque na formação dos profissionais de saúde, na sensibilização dos mesmos para um olhar ampliado para os usuários. De forma que a ênfase da assistência à saúde mental não se direcione apenas à doença, mas sim para as ações de promoção e prevenção da saúde encontradas na atenção básica.¹⁶

Pesquisa demonstra que o discurso predominantemente entre os profissionais é o “discurso do déficit”, a frustração pelo que não pode ser realizado, pela falta de estrutura, pela aparente incapacidade resolutiva. A equipe, mesmo possuindo a seu favor a escuta e a atenção como parte fundamental desse cuidado, as desqualificam.¹² Vale salientar, no entanto, que quanto a estas dificuldades apontadas, foi demonstrada em outros estudos a experiência de grupos que conseguem desenvolver as atividades mesmo com a debilidade na estrutura física, pois existem outras estratégias a serem adotadas como as visitas domiciliares, atendimento individualizado e a educação em saúde.¹⁹

A inexistência de critérios dos serviços de rede para o desenvolvimento de ações, além da carência da participação, envolvimento e do apoio familiar no acompanhamento dos portadores de sofrimento mental configura-se como dificuldades que afligem os profissionais que esperam da família maior responsabilização. Ressalta-se a baixa adesão

dos usuários nas ações destinadas a eles, muitas vezes devido à cronicidade do quadro ou objeção às orientações fornecidas.¹⁹

As dificuldades demonstradas na análise apontam que a assistência à saúde mental não se configura apenas como uma questão técnica assistencial, mas que envolve a corresponsabilização dos profissionais, da família e das pessoas em sofrimento psíquico, mas principalmente das políticas públicas e dos gestores.³⁰

Estratégias apontadas para a assistência ao paciente em sofrimento psíquico e sua família na ESF

A visita domiciliária se encontra presente como estratégia de cuidado, destacando-se como uma ferramenta eficaz na produção do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que aproxima a assistência ao âmbito familiar.¹¹

Foi observado que a qualificação dos profissionais se faz necessária para que estes possam reconhecer suas limitações e tenha apoio por meio da educação permanente com vistas à prestação de cuidado de acordo com as necessidades dos pacientes.²⁹ No entanto, estudo aponta que o trabalho em saúde mental não está voltado apenas para a capacitação técnica, faz-se necessários investimentos na capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento de habilidades, além de formação de parcerias entre equipes da ESF e do CAPS, para que a assistência favoreça o protagonismo do usuário em seu tratamento.⁹

Neste contexto, evidencia-se a importância da educação permanente como estratégia que permite aos profissionais a prestarem os cuidados em saúde mental de acordo com as orientações no âmbito da saúde pública, uma vez que a ESF se configura como porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção, que também abarca as pessoas em sofrimento psíquico e sua família. Vale ressaltar que a educação permanente deve partir de uma corresponsabilização entre o empregador, que deve fornecer meios e os trabalhadores que devem buscar ou aprofundar esses conhecimentos a partir do cotidiano.¹⁹

Outra estratégia apontada é o matriciamento, que se constitui como uma rede de apoio que propicia um suporte técnico aos profissionais qualificando-os para lidar com as diferentes situações diárias em saúde mental.^{3,4} Ainda, acrescentam outras estratégias, como a capacitação dos trabalhadores; os cuidados quanto à saúde da família, reconstruindo novas formas de se relacionar com a loucura; a visita domiciliar que permite entender a dinâmica familiar e verificar a possibilidade de envolver esta família no tratamento do usuário; atividades de reabilitação social como pinturas, danças, músicas, jogos, passeios entre outros, que permitem ao usuário desenvolver novas habilidades; e por último o acolhimento e o vínculo que são estratégias que promovem a autonomia do usuário de forma compartilhada e pactuada.^{3,4}

O matriciamento apresenta-se como ações e atividades de forma a romper com a lógica

hierarquizada do sistema de saúde, com o intuito de colaborar com as equipes de saúde no planejamento dos projetos terapêuticos. Portanto, o matriciamento possibilita aos profissionais o encontro e o apoio de outros profissionais, como também no auxílio do arranjo e ordenamento dos recursos disponíveis para a oferta de cuidado nos serviços de saúde.³¹

Uma estratégia significativa encontrada na análise em um dos artigos selecionados é o instrumento utilizado na APS, a Intervenção Precoce, que busca promover a sensibilização dos profissionais da ESF para que possam identificar e acompanhar os casos em estágios iniciais das patologias no âmbito da saúde mental. O Programa de Intervenção Precoce é uma iniciativa que se destaca em dar apoio às famílias e às crianças de 0 a 6 anos que têm ou correm o risco de desenvolver algum transtorno e/ou atraso no desenvolvimento; com o intuito de prevenir futuras complicações no desenvolvimento além de promover a integração e inserção das crianças na família e sociedade. Essa estratégia se torna mais forte e resolutiva quando se utiliza da interdisciplinaridade, pois não se torna um trabalho restrito, focado em apenas um profissional.¹⁵

A atenção familiar foi identificada como uma estratégia significativa, por diminuir e ordenar a demanda de usuários na ESF e por facilitar a prática do acolhimento e do respeito à subjetividade que envolve a atenção à saúde. Aliada a essa estratégia, outras também foram

mencionadas, como as terapias em grupo, visita domiciliar e a escuta terapêutica, estas especialmente por serem indispensáveis à reinserção social, a autonomia e a consolidação de vínculos, sendo peças essenciais ao tratamento.¹⁴ Além disso, a atenção para as técnicas relacionais do cuidado que são subvalorizadas na atenção à saúde mental, como a capacidade de escuta, diálogo e qualidade do vínculo. Desta forma, tais aspectos favorecem o cuidado humanizado e acolhedor das pessoas em sofrimento psíquico.¹²

O reconhecimento das dificuldades dos profissionais e o reconhecimento das estratégias que possam facilitar à assistência a pessoa em sofrimento psíquico na ESF são passos importantes a serem dados, pois possibilitam um reordenamento das práticas no cotidiano dos profissionais que lidam diariamente com a temática saúde mental.³¹

Considerações Finais

Quanto a percepção/concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do atendimento a pessoas em sofrimento psíquico foi possível verificar que ainda é cercada por preconceitos, medos e estigmas. Alguns profissionais acreditam que a reforma psiquiátrica não trouxe benefícios e que o ato de substituir o modelo hospitalocêntrico, pelo atendimento multiprofissional onde o objetivo é a reinserção social do indivíduo, não é o melhor caminho.

Percebe-se que assistência prestada por profissionais da Estratégia Saúde da Família ao paciente em sofrimento psíquico é baseada no atendimento médico individual, encaminhamento ao especialista e na medicalização, sendo esta última citada como a mais recorrente. O acompanhamento e controle para que uso do medicamento seja feito de forma correta e regular, são as atividades realizadas pelos profissionais na Atenção Básica. As atividades de promoção, reabilitação, grupos de apoio e visita domiciliar foram pouco encontradas, sendo que estas deveriam ter prioridade.

As principais dificuldades encontradas na assistência ao paciente em sofrimento psíquico e sua família são a falta de aptidão profissional, pela ausência de capacitação e treinamento, falta de identificação de alguns profissionais com a área de saúde mental, excessiva burocratização proposta pelos programas ministeriais na atenção básica, falta de recursos humanos para o serviço, ineficácia dos modelos

substitutivos, baixa adesão dos usuários nas ações destinadas a eles, carência da participação, envolvimento e do apoio familiar no acompanhamento a este público além do preconceito que muitos profissionais ainda possuem, influenciando negativamente o modo de assistir os portadores de sofrimento mental.

A visita domiciliária, qualificação profissional, investimento na formação de parcerias, educação permanente, intervenção precoce e apoio matricial foram as principais estratégias apontadas para a melhoria na assistência prestada ao paciente em sofrimento psíquico e sua família. O matriciamento vem surgindo como um forte método, pois propicia apoio técnico, auxiliando os profissionais da atenção básica a lidar com as dificuldades provenientes da assistência em saúde mental. Aliado ao matriciamento observa-se o acolhimento, capacidade de escuta, diálogo e o vínculo que são estratégias decisivas na atenção à saúde mental, pois facilitam a construção da autonomia e reinserção social do indivíduo.

Referências

1. Azevedo DM, Santos AT. dos. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2012; 4(4):3006-14.
2. Gazignato EC da S, Silva CR de C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde debate*. 2014; 38(101):296-304.
3. Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM, Leite MT, Piovesan SMS. Concepts and interventions on mental health in the perspective of Family Health Strategy professionals. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(supl.4):3548-59.
4. Prates MML, Garcia VG, Moreno DMFC. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em saúde mental junto à estratégia de saúde da família: espaço de discussão e de cuidado. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22(2):642-52.
5. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34 - Saúde mental*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
6. Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46(5):1170-77.

7. Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Miranda L, Oliveira TFK de, Santos CBT dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precisão. *Psicol. cienc. prof.[online]*. 2014; 34(3):592-611
10. Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Maia Neto JP, Gondim LGF, Simões ECP. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. 2014; 16(2):6374.
11. Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Castro Junior EF de., Barreto LA, Rosa LR de S, Lima LL de. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48(6):1060-6.
12. Ribeiro M de OP, Caccia-Bava M do CGG, Guanaes-Lorenzi C. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. *Psicol. USP*. 2013; 24(3):369-90.
13. Andrade, JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho, APV, Mendes DG, Leite MT. Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da Equipe de Saúde da Família. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2013; 5(2):3549-57.
14. Veloso TMC, Souza MCB de M. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1):79-85.
15. Carvalho RN, Gondim ACS, Azevedo EB de, Cavalcanti PB, Ferreira Filha M de O, Queiroz D. de. Concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre intervenção precoce em saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2013; 12(1):10-18.
16. Moliner J de, Lopes SMB. Saúde mental na Atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22(4):1072-83.
17. Pinto AGA; Jorge MSB; Vasconcelos MGF; Sampaio JJC; Lima GP; Bastos VC et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2012; 17(3):653-60.
18. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta paul. enferm*. 2012; 25(3):346-51.
19. Pini J dos S, Waidman MAP. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46(2):372-9.
20. Cândido MR, Oliveira EAR, Monteiro CFS, Costa JR, Benício GSR, Costa FLL. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2012; 8(3):110-7.
21. Nunes JMS, Guimarães JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016; 26(4):1213-32.
22. Weber CAT, Juruena MF. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2017; 18(3), 640-656.
23. Brasil. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
24. Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis*. 2011; 21(2):541-60.
25. Oliveira FB, Guedes HKA, Oliveira TBS, Silva JCC. Saúde mental e Estratégia de Saúde da Família: uma articulação necessária. *Psychiatry online Brasil*. 2009; 14(9).
26. Cavalcante CM, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge MSB, Freitas CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *RBPS*. 2011; 24(2):102-8.
27. Ferreira PHR. Centro de Convivência e Cultura e suas repercussões na vida de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação] - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2014.
28. Ministério da Saúde. Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

- ²⁹. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1501-6
- ³⁰. Junqueira MAB, Pillon SC. A assistência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011; 1(2):260-267.
- ³¹. Medeiros RHA. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2015; 25(4): 1165-1184.

Submissão: 16/06/2018

Aceite: 10/03/2019