

Assistência em saúde mental na Atenção Primária: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Mental health assistance in Primary Care: the perspective of professionals from the Family Health Strategy

Asistencia en salud mental en la Atención Primaria: perspectiva de los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar

Luana Cristina Bellini Cardoso^I

ORCID: 0000-0001-8460-1177

Sonia Silva Marcon^I

ORCID: 0000-0002-6607-362X

Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues^I

ORCID: 0000-0001-7942-4989

Marcelle Paiano^I

ORCID: 0000-0002-7597-784X

Hellen Emília Peruzzo^I

ORCID: 0000-0002-0786-0447

Bianca Cristina Ciccone Giacon-Arruda^{III}

ORCID: 0000-0002-8433-6008

Leandro Barbosa de Pinho^{IV}

ORCID: 0000-0003-1434-3058

^I Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^{IV} Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Cardoso LCB, Marcon SS, Rodrigues TFCS, Paiano M, Peruzzo HE, Giacon-Arruda BCC, et al. Mental health assistance in Primary Care: perspective of professionals from the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 3):e20190326. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0326>

Autor Correspondente:

Luana Cristina Bellini Cardoso
E-mail: luana.bellini@hotmail.com



RESUMO

Objetivo: Aprender as percepções dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre a assistência em saúde mental. **Métodos:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado com 29 profissionais de saúde, mediante entrevistas abertas e individuais. Adotou-se o software IRaMuTeQ[®] para organização dos dados, após a qual foram submetidos ao processo de análise de conteúdo de modalidade temática. **Resultados:** Da análise de conteúdo, emergiram-se três classes: “Percepções sobre o atendimento de saúde realizado no município”, “O paradigma biomédico na assistência de saúde mental”, “Elementos para a construção de um novo fazer profissional em saúde mental”. **Considerações finais:** Notou-se que, apesar da boa infraestrutura dos serviços e de os profissionais apontarem alguns elementos para a construção de um novo fazer profissional, eles não o realizam, recaíndo, maiormente, sobre o psicólogo a responsabilidade de conduzir tais atividades.

Descritores: Enfermagem; Assistência à Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To learn about the perceptions of the professionals who work in Primary Health Care about mental health care. **Methods:** Descriptive and qualitative study, carried out with 29 health workers through open and individual interviews. The IRaMuTeQ[®] software was used to organize the data which, then, was submitted to a content analysis process in the thematic modality. **Results:** Three classes emerged from the content analysis: “Perceptions about the mental health care provided in the city”, “The biomedical paradigm in mental healthcare”, and “Elements for the construction of a new way for professionals to act in mental health”. **Final considerations:** It was found that, despite the good infrastructure of the services and the elements pointed at by the professionals to create a new way to act, they do not do so, and the responsibility falls, mostly, on the psychologist to carry out these activities.

Descriptors: Nursing; Mental Health Assistance; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Policy.

RESUMEN

Objetivo: Aprehender las percepciones de los profesionales que actúan en la Atención Primaria de Salud sobre la asistencia en salud mental. **Métodos:** Estudio descriptivo, cualitativo, realizado con 29 profesionales de salud, mediante entrevistas abiertas e individuales. Se adoptó el software IRaMuTeQ[®] para organización de los datos, tras la cual fueron sometidos al proceso de análisis de contenido de modalidad temática. **Resultados:** Para el análisis de contenido, emergieron tres clases: “Percepciones sobre la atención de salud realizado en el municipio”, “El paradigma biomédico en la asistencia de salud mental”, “Elementos para la construcción de un nuevo hacer profesional en salud mental”. **Consideraciones finales:** Se notó que, aunque la buena infraestructura de los servicios y de los profesionales apuntaren algunos elementos para la construcción de un nuevo hacer profesional, ellos no lo realizan, cayendo, mayormente, sobre el psicólogo la responsabilidad de conducir tales actividades.

Descriptorios: Enfermería; Atención a la Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Política de Salud.

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Italo Rodolfo Silva

Submissão: 08-07-2019 Aprovação: 19-07-2021

INTRODUÇÃO

A integração da assistência em saúde mental à Atenção Primária à Saúde (APS) permeia o cotidiano de trabalho das equipes dessa esfera de atendimento. Os benefícios dessa junção são a facilidade de acesso aos cuidados e a maior probabilidade de resultados positivos, devido aos serviços serem próximos da comunidade. Ainda, permite-se a gestão e o monitoramento de casos no longo prazo, prevenindo agudizações, promovendo o respeito aos direitos humanos, minimizando o estigma e a discriminação⁽¹⁾.

Entretanto, apesar desses benefícios, os profissionais da APS sentem-se despreparados para abordar as demandas de saúde mental⁽²⁾ e, em muitos casos, as práticas de atenção à saúde mental que são desenvolvidas no território não são reconhecidas como tais, inviabilizando-as⁽³⁾. Tal despreparo pode estar associado à escassez de recursos humanos e à dificuldade de compreender os determinantes sociais de cada área adstrita, os quais incidem sobre o sofrimento psíquico da população. Assim, o resultado são terapêuticas não resolutivas, que perpetuam o uso inadequado dos serviços e encaminhamentos desnecessários⁽³⁻⁴⁾.

A literatura demonstra que os profissionais da APS, especialmente médicos e enfermeiros, sentem-se sobrecarregados, por entenderem que as práticas de saúde mental pertencem a uma classe de experts no assunto, demonstrando conhecimento fragmentado sobre o papel dessas práticas na APS, com enfoque em ações curativistas e individuais^(2,5). De acordo com os profissionais, o modelo biomédico ainda permanece fortemente arraigado às ações de saúde mental na Atenção Primária, caracterizado por prescrições indiscriminadas de psicotrópicos e renovações de receitas como principais atividades⁽⁶⁻⁸⁾.

As equipes da APS precisam estar preparadas para avaliar e intervir de maneira oportuna, pautando-se no conhecimento técnico e científico e habilidades para o cuidar no âmbito individual e coletivo. Ademais, também é necessário envolver os familiares nos planos terapêuticos, reorganizar a assistência em saúde mental e reconhecer as potencialidades da Rede de Atenção à Saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Salienta-se, todavia, que o cuidado às pessoas em sofrimento/ou com transtorno mental pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda é um cenário pouco explorado. Estudos nessa área abordam as percepções dos profissionais, mas não as relacionadas ao processo de trabalho e manejo das pessoas e ao modo como ocorre a implementação da assistência em saúde mental na APS. Por isso e por se tratar dos profissionais que vivenciam o cotidiano de assistência, acredita-se que suas perspectivas poderão subsidiar ferramentas que melhorem o processo de trabalho e abarquem as necessidades da população.

OBJETIVO

Aprender as percepções dos profissionais que atuam na Atenção Primária sobre a assistência em saúde mental às pessoas em sofrimento psíquico.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido com base nas Resoluções nº 446/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi

aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. A fim de se preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados pela abreviação de sua profissão (Enf – Enfermeiro; Psic – Psicólogo; Med – Médico), seguida da ordem de entrada no estudo (p.ex., Psic-01). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Referencial teórico-metodológico

As bases conceituais deste estudo ancoram-se na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001⁽¹¹⁾, e na Linha Guia de Atenção à Saúde Mental do Paraná⁽¹²⁾.

Denominada “Lei da Reforma Psiquiátrica”, ela apresenta uma proposta de proteção da pessoa em sofrimento psíquico, estabelece os seus direitos e propõe redirecionar o modelo de assistência em saúde mental⁽¹¹⁾.

Já a Linha Guia de Saúde Mental apresenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo cuidado das pessoas em sofrimento psíquico é realizado por diversos profissionais utilizando a lógica de responsabilidade compartilhada. Ainda, inclui o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas sugerindo mudanças no processo de trabalho.

Ancorou-se no referencial metodológico da análise de conteúdo de modalidade temática. A análise de conteúdo é subjetiva aos “significados”, embora possa ser também uma análise dos “significantes”. Destarte, o tratamento descritivo dos dados configura-se um primeiro passo do procedimento, mas não é exclusivo da análise de conteúdo⁽¹³⁾.

Tipo de estudo

Estudo descritivo, de natureza qualitativa. Dessa forma, utilizou-se o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para nortear a metodologia. Esses tipos de estudos possibilitam compreender a logicidade interna de grupos e instituições, sob as diversas óticas que recaem sobre os processos sociais como a cultura, relações entre indivíduos, movimentos sociais e a implantação de políticas públicas. Assim, atribuem-se significados e intencionalidades a essas conexões, necessários para clarear a significação humana⁽¹⁴⁾.

Procedimentos metodológicos

O percurso metodológico se deu da seguinte maneira. Inicialmente, a coordenação da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde do município encaminhou um e-mail comunicando as unidades sobre a pesquisa. Posteriormente, os pesquisadores agendaram uma visita aos serviços de saúde com a finalidade de apresentar o estudo, seus objetivos e verificar a disponibilidade e interesse dos profissionais em participar. Em seguida, os pesquisadores retornaram ao serviço para o agendamento e realização das entrevistas.

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido com profissionais de 19 equipes ESF inseridas em 6 das 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do estado do Paraná. Elegeram-se as UBSs que possuíam maior fluxo de atendimento na área de saúde mental.

Fonte de dados

Convidaram-se, pessoalmente, os enfermeiros e médicos que compunham as equipes de ESF, bem como os psicólogos atuantes nas UBSs. Os critérios de inclusão foram: ser profissional de nível superior que realiza algum tipo de atendimento para pessoas em sofrimento psíquico; e estar em exercício no cargo há no mínimo seis meses. Nesse caso, excluíram-se os agentes comunitários de Saúde (ACS) e aqueles profissionais afastados por qualquer motivo durante o período da coleta de dados. Foram identificados nas unidades 35 profissionais, dos quais 3 encontravam-se afastados de suas atividades laborais e 3 recusaram-se a participar devido à demanda de trabalho.

Também foram incluídos no estudo três profissionais psicólogos, que integravam a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e que atendiam aos critérios de elegibilidade. Desse modo, participaram 29 profissionais, sendo 14 enfermeiros, 7 médicos e 8 psicólogos.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2018, por meio de entrevistas abertas, conduzidas com base em duas questões disparadoras: "Comente sobre a assistência à saúde mental no município" e "Fale-me como você pensa que deveria ser a assistência às pessoas em sofrimento psíquico no âmbito da Atenção Primária à Saúde". Outros questionamentos foram incorporados ao roteiro à medida que se evidenciou a necessidade de maior aprofundamento dos dados e esclarecimento de dúvidas. Coletaram-se também informações sociodemográficas e profissionais, para caracterizar os participantes.

As entrevistas foram conduzidas por uma única pesquisadora, enfermeira com experiência em pesquisa qualitativa, a qual não possuía contato prévio com os participantes do estudo. Elas foram previamente agendadas e tiveram duração média de 40 minutos, sendo realizadas uma única vez com cada participante, em sala privativa no próprio serviço, de modo a interferir minimamente em seus deveres e atividades. Foram gravadas com recurso de áudio e transcritas na íntegra, no intuito de preservar o conteúdo das falas. Para a organização dos dados, utilizou-se o software IRaMuTeQ[®] 0.7 (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

Análise dos dados

As falas foram transcritas na íntegra após toda a coleta. Os dados provenientes foram analisados conforme o processo de análise temática⁽¹³⁾. Na fase de pré-análise, ocorreram três leituras flutuantes, com o propósito de escolha dos relatos, formulação de hipóteses, escolha dos índices de análise e elaboração de indicadores categóricos para fundamentar a interpretação dos dados. A fase de exploração do material consistiu em quatro leituras sistematizadas que visavam realizar agrupamentos e associações que respondessem aos objetivos do estudo e, assim, construir as categorias analíticas. Esses agrupamentos e associações foram recortados do material original e reorganizados com o apoio do software IRaMuTeQ. Após essa reorganização, foram realizadas as inferências e a interpretação dos resultados encontrados pela pesquisadora principal⁽¹³⁾.

O IRaMuTeQ possui diferentes tipos de análise de dados textuais, por meio da interface entre o software estatístico R e a análise léxica de palavras. Este realiza até cinco tipos de análise: classificação hierárquica descendente; similitude; nuvem de palavras; estatísticas textuais clássicas; e pesquisa de especificidades de grupos⁽¹⁵⁾.

Para este estudo, utilizou-se a nuvem de palavras, a qual organiza e distribui os vocábulos graficamente em função da frequência em que surgem no texto, possibilitando a identificação das palavras-chave por meio de um único arquivo, o qual é construído com base nas falas dos participantes⁽¹⁵⁾.

Vale destacar que o uso do software não exclui o pesquisador de analisar e interpretar os resultados, visto que se trata apenas de uma ferramenta para processar e sistematizar as informações⁽¹⁶⁾. Da nuvem, destacaram-se os vocábulos: Paciente, Saúde, Vínculo, Mental, Pessoa, Profissional e Atendimento. A convergência entre esses resultados e as Políticas Públicas de Saúde Mental deu origem a três classes, denominadas: "Percepções sobre o atendimento de saúde mental realizado no município"; "O paradigma biomédico na assistência em saúde mental"; e "Elementos para a construção de um novo fazer profissional em saúde mental".

RESULTADOS

Participaram do estudo 29 profissionais, cuja idade variou de 26 a 68 anos, com predominância do sexo feminino (n = 24). O tempo de atuação profissional na UBS foi de 6 meses a 18 anos. Apenas cinco profissionais possuíam especialização na área de saúde mental, sendo todos psicólogos, e três não apresentavam nenhum tipo de pós-graduação (especialização/mestrado/doutorado).

Da construção do corpus textual, detectaram-se 591 segmentos de texto, dos quais 497 foram analisados, correspondendo a 84% do total. Por meio da nuvem de palavras, destacaram-se os vocábulos: Paciente (n = 223), Saúde (n = 141), Vínculo (n = 134), Mental (n = 103), Pessoa (n = 89), Profissional (n = 71) e Atendimento (n = 63), além de outros que permitiram a conexão dos conteúdos (Figura 1). Destes, emergiram três classes descritas detalhadamente a seguir.

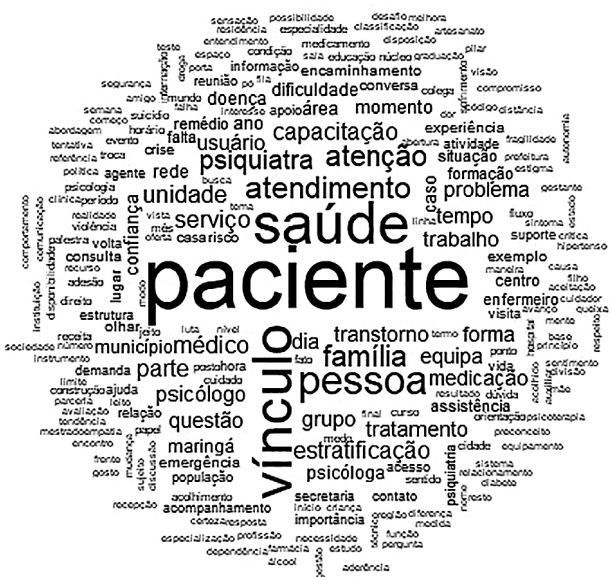


Figura 1 - Nuvem de Palavras. Vocábulos em destaque extraídos dos depoimentos, Paraná, Brasil, 2019

Percepções sobre o atendimento de saúde mental realizado no município

Esta classe demonstra o entendimento dos participantes sobre a organização da assistência em saúde mental no município. Os profissionais (n = 28) a apontaram como privilegiada no quesito de infraestrutura quando comparada a de outras cidades.

No município, a assistência é boa, quando comparamos o atendimento com os municípios próximos onde há Atenção Básica, não só em saúde mental, é muito ruim: não tem médicos clínicos gerais, não tem pediatra, não tem oncologista e, quando tem, é um número mínimo para um município grande. (Enf-10)

Aqui no município, tem muita coisa a ser feita, mas não dá para reclamar perto do que nós vemos em outros municípios que não têm CAPS, então aqui a coisa está caminhando bem. (Psic-19)

Embora a organização dos serviços seja apontada como positiva, os participantes reconheceram que há fragilidades na assistência em saúde mental, decorrentes da burocracia, da centralização do atendimento e da debilidade do processo de referência e contrarreferência entre as equipes da UBS e do serviço especializado (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS).

A assistência de saúde mental no município é ruim, por causa da burocracia. Quem tem vínculo com o paciente é a UBS; nós conhecemos o paciente e a família. Nós sabemos que a pessoa precisa ser encaminhada para uma avaliação psiquiátrica — nós tentamos não encaminhar porque sabemos que o serviço [CAPS] não é bom. Para encaminhá-los, é obrigatório realizar a estratificação de saúde mental; chegando lá [CAPS], os profissionais pegam essa estratificação e jogam fora, fazem outra. Fazer outra estratificação com alguém que não tem vínculo nenhum faz com que o paciente não queira contar as coisas. Então a estratificação se torna diferente, e eles encaminham de volta, alegando que a realizamos errado. (Med-27)

As estruturas aqui são muito boas, só há uma única objeção: as estruturas são boas, mas poderiam ser menos centralizadas. Não deveriam juntar todos os centros [diferentes tipos de CAPS] em um único lugar; deveriam ser descentralizados. Os centros deveriam estar mais próximos do usuário, serem melhores distribuídos pela cidade, mas cada município tem sua realidade. (Psic-11)

Os profissionais de saúde externaram como deveria ser o atendimento em saúde mental para os pacientes em sofrimento psíquico e seus familiares no âmbito da APS. Além dos vocábulos principais, identificaram-se, na nuvem, as palavras “família” e “grupo”, as quais remeteram à necessidade de conduzir grupos terapêuticos direcionados aos pacientes e a suas famílias.

O que falta é a oferta de grupos maiores com psicólogo, assistente social e até terapeuta ocupacional, a formação de grupos por unidade, a cada duas equipes ou por equipe, para dar atendimento tanto para as famílias como para o paciente de uma forma mais programada. (Enf-01)

Na Atenção Básica, deveria ser feito um grupo com as famílias desses pacientes, porque a troca de experiência é uma coisa boa.

Às vezes, a pessoa que cuida de um paciente psiquiátrico se sente um pouco só, porque não é fácil cuidar [...] Nós poderíamos fazer um grupo e debater os temas, ouvir os pacientes, tirar algumas dúvidas. Acho que isso ajudaria bastante já que é algo que nós não temos. (Med-22)

As palavras “falta” e “capacitação” também se sobressaíram nos discursos. Associaram-se à escassez de profissionais disponíveis para atender às demandas de saúde mental da população adstrita e também à necessidade de investir na qualificação dos profissionais que atuam na APS, devido à complexidade que circunda a terapêutica aplicada aos transtornos mentais. Ressalta-se que, na percepção dos profissionais, apesar de o município oferecer treinamentos e capacitações na área, estes são insuficientes.

Há desfalque de profissionais, precisa de muito investimento, além da busca e estímulo à formação dos profissionais [...] para nós, isso é importante, de você ser estimulado para se capacitar. Você volta mais preparado, porque são realidades muito difíceis, são famílias com realidades muito diferentes, que nós temos que constantemente trabalhar isso em nós. Tem que ter esse estímulo da gestão e do profissional também de querer se preparar melhor. (Psic-20)

Deveria ter mais capacitação, porque nem todos os profissionais sabem lidar com eles [pessoas em sofrimento psíquico]. (Enf-25)

Poderia oferecer mais capacitações. Com relação ao suicídio, por exemplo, eles fizeram uma capacitação legal, capacitaram quase todos os funcionários da saúde e da assistência, mas foi só. Sinto falta, por exemplo, de mais eventos que pudessem trazer a questão do abuso sexual, que aqui no território ocorre bastante. Dá para contar nos dedos de uma mão quantas capacitações que realmente foram importantes e que acrescentaram. (Psic-19)

O paradigma biomédico na assistência em saúde mental

Nesta classe, notou-se que o paradigma biomédico ainda perdura na assistência à saúde, visto que as falas expressaram a incompreensão dos sujeitos em sua totalidade. Por vezes, alguns profissionais podem não valorizar os aspectos biopsicossociais e espirituais que compõem o ser humano, atentando-se apenas à doença e dissociando, assim, a saúde mental de outras necessidades atendidas pela APS.

Quando os pacientes eram acompanhados no CAPS, eu acho que era muito mais fácil, pelo fato que lá tem o profissional especializado para fazer esse acompanhamento correto. Aqui, eu tenho o transtorno mental, o diabético, o hipertenso, a criança, a gestante, então para ficarmos só focados no transtorno mental é difícil; e lá no CAPS eles já tem toda assistência. Na unidade, nós dependemos da liberação da consulta com o psiquiatra; e no CAPS, já tem esse atendimento. (Enf-04)

Identificou-se que as demandas de saúde mental causam desconforto nos profissionais; e por não as entender, há maior propensão em encaminhar para outros que, tradicionalmente, são conhecidos por abordar e manejar essa temática, como os psicólogos.

Como a saúde mental demanda uma atenção, qualquer outra coisa demanda atenção, nós não temos tempo hábil para ficar duas

horas com um paciente desses, uma hora que seja. Complicado! Tem que passar para frente, passa para outro lugar, mesmo porque nós não somos especialistas. (Med-26)

Apesar desses relatos, alguns profissionais demonstraram-se sensíveis às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico, apontando a urgência em desmistificar os paradigmas e estigmas que circundam os transtornos mentais.

As pessoas [profissionais] deveriam nascer de novo! Por exemplo, nós somos em seis médicos aqui [UBS] e só eu faço encaminhamento de todas as áreas; os outros médicos “acham” que não tem paciente de saúde mental na área deles. Então pedi ajuda de um médico responsável pelos casos de médio risco em saúde mental da região; pedi para ele vir aqui porque eu e a psicóloga não estávamos dando conta. Quando ele chegou perguntou se tinha casos de violência na área, se eles [outros médicos] precisavam de ajuda e disseram que não! Então o médico responsável falou que não poderia mais ajudar, pois os meus colegas eram irredutíveis e incompreensíveis. (Med-27)

Deve-se conscientizar os funcionários, os profissionais da saúde, que a saúde mental não é só responsabilidade do psicólogo. Vai muito do perfil do profissional: a pessoa às vezes tem um perfil mais acolhedor, então ele consegue fazer, mas muitos têm aquele sentimento de “Não! É saúde mental? Não é comigo!” Tem casos de pacientes que começam a chorar na sala, e eles [outros profissionais da equipe] correm chamar o psicólogo ou mandam procurar o psicólogo, pois não conseguem lidar com essa demanda. Acho que isso acontece porque tem um certo preconceito em relação ao transtorno mental. Não sei se é a questão de desconhecer mesmo, talvez sobrecarga de trabalho. (Psic-07)

Elementos para a construção de um novo fazer profissional em saúde mental

Dentre os vocábulos que mais se destacaram, tem-se o “vínculo”, apontado como essencial para se estabelecer uma relação de confiança entre os sujeitos da tríade serviço-paciente-família. O vínculo permite que a pessoa exponha o seu vivido em relação aos transtornos mentais, suscita a comunicação e a adesão à terapêutica.

O vínculo médico-paciente inclui muita coisa: para o paciente aderir ao tratamento, ele tem que confiar no seu atendimento, você tem que ser bom tecnicamente, tem que ser eficiente, tem que ser humano mesmo. Não pode ser insensível. Você tem que se sensibilizar. (Med-24)

Tudo depende do vínculo. Quando o paciente estabelece um vínculo conosco [serviço], acaba contando os problemas e aceitando melhor o tratamento. É a base de tudo: se não tiver vínculo, eles não se abrem e nós não sabemos o que está acontecendo, e acaba descobrindo quando o quadro já está agravado. (Enf-18)

Nessa perspectiva, a palavra “confiança” associou-se ao vínculo e foi expressa como a base para a assistência holística e de qualidade, a qual contemplou a valorização das experiências do outro e a sensibilidade do profissional para atender às necessidades dos usuários.

O paciente tem que sentir que pode se abrir com você. Então é a confiança que a pessoa sente de se abrir com você. Se ela não confia, não vai contar uma coisa que ninguém sabe, podendo omitir algo. (Enf-21)

É necessário ter a confiança e a aceitação. Eu falo que, a partir da confiança, até água funciona! É saber que o paciente está te levando a sério, que o profissional está dando importância ao paciente, porque geralmente como não é uma doença visível, é difícil eu sentir o tamanho da dor do outro, e a partir do momento que você escuta, já é de grande valia. (Med-23)

O vínculo é uma questão de confiança. Eu sempre trabalho com isso, para que o paciente entenda que estamos fazendo o nosso trabalho, mas sempre buscando o que é melhor para ele. (Psic-07)

Outros elementos foram citados como essenciais para a construção de um novo paradigma de assistência em saúde mental, tais como a demonstração de disponibilidade ao paciente, o acolhimento, a escuta qualificada, a dedicação, a empatia e a seriedade.

Eu penso que é necessário a acolhida, estar sempre aberto para ouvir; nenhum paciente pode chegar na unidade e ir embora sem ser ouvido, isso é muito ruim! Mesmo que eu esteja entre uma consulta e outra, e tem alguém que apareceu, acolho na hora, está precisando agora? Vamos ouvi-lo já! Por que, se deixar para depois, como será? Nem sempre é possível, mas tentamos marcar o mais rápido possível. (Psic-09)

Considero importante ter empatia com o paciente em sofrimento, conseguir se colocar no lugar dele e ver que aquilo é um sofrimento para ele. A empatia é fundamental, seriedade, ter compromisso com o trabalho que está fazendo, tratar o paciente com dedicação, são questões fundamentais. (Psic-06)

A maioria das pessoas que estão na unidade precisam conversar, você precisa dar atenção, porque se o paciente gostar de seu atendimento, ele voltará. É um relacionamento com você! A empatia que nós temos, se eu ouço o paciente, eu estou olhando para ele, ele está se sentindo bem com aquilo que está falando e eu estou ouvindo, isso é a porta de tudo. É isto que traz o paciente até nós: você conversar e ouvir. A partir do momento que o tratar bem, o paciente virá direto. (Med-29)

DISCUSSÃO

Com os resultados, pode-se apreender que, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, a assistência em saúde mental na APS possui diversos pontos vulneráveis, e estes podem comprometer a integralidade do atendimento dispensado à população. Assim, os dados deste estudo reproduzem o encontrado na literatura internacional, visto que também há obstáculos para a construção de uma nova configuração de cuidado em saúde mental⁽¹⁷⁾.

Apesar de os países publicarem a Política de Saúde Mental, estes não modificaram o sistema estrutural em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Também, os recursos alocados para prevenir e tratar os transtornos mentais são incipientes e sobrecarregam a sociedade, especialmente em países em desenvolvimento; desse modo, de todo o orçamento destinado à saúde mental, mais de 80% ainda são investidos em hospitais

psiquiátricos⁽¹⁷⁾. Assim, faz-se importante desenvolver estratégias que de fato remodelam o atendimento em saúde mental, por meio da descentralização do cuidado, colaboração e integração entre os serviços da APS e o serviço especializado, como os CAPS. É preciso também disponibilizar leitos psiquiátricos em hospitais gerais, por se tratar de estabelecimentos onde há maior proximidade com a comunidade, tal como evidenciam outros estudos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Identificou-se nos discursos que, apesar dos percalços no atendimento, o local de estudo possui boa infraestrutura, visto que todas as UBSs do município contam com o apoio de psicólogos, sendo um dos primeiros no Brasil a ter esses profissionais no quadro efetivo dos serviços de Atenção Primária à Saúde. No município de estudo, a Rede de Serviços de Saúde Mental conta com os profissionais do CAPS álcool e outras drogas, da Emergência Psiquiátrica pública municipal, do CAPS II, CAPS III e CAPS infante-juvenil, da equipe de Consultório de Rua, do Hospital Psiquiátrico e das Residências Terapêuticas⁽¹²⁾.

Todavia, muitas foram as dificuldades enfrentadas para a implantação desses dispositivos de saúde mental, desde ideias discordantes da reforma psiquiátrica até a qualificação e compreensão dos profissionais⁽¹²⁾, os quais indicaram dificuldades em assumir o cuidado extra-hospitalar para as pessoas em sofrimento psíquico conforme os depoimentos dos participantes deste estudo. O desafio constante é efetivar os princípios doutrinários do SUS promovendo a Universalidade, Equidade e Integralidade na assistência à saúde a toda a população, resistindo ao retrocesso da saúde mental⁽¹²⁾.

Sabe-se que os sistemas de saúde são organizados conforme estruturas governamentais, de modo que, para haver mudança no modelo de atenção à saúde mental, faz-se necessário o apoio e o engajamento dos líderes políticos⁽¹⁷⁾, revelando-se um desafio, visto que, nos últimos anos, a saúde mental no Brasil vem sofrendo com constantes retrocessos. O Ministério da Saúde publicou, em 2017, a Resolução nº 32; e, em 2019, a nota técnica nº 11⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Ambos os documentos minimizam as conquistas da Lei da Reforma Psiquiátrica já que eles retornam ao modelo hospitalocêntrico e asilar, integrando novamente à RAPS os hospitais psiquiátricos e os residenciais terapêuticos.

Também em 2017, decretou-se a nova Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 2.436⁽²¹⁾, limitando a atuação das equipes das ESFs e principalmente dos ACSs, desconsiderando a atuação dos Conselhos Nacionais de Saúde e precarizando o trabalho dos profissionais da AB. Não obstante, no início de 2020, promulgou-se a Nota Técnica nº 03/2020-DESF/SASP/MS⁽²²⁾, que suscitou a desvinculação e o desmonte das equipes multiprofissionais do NASF, dificultando a criação de espaços para escuta, discussão, gerenciamento de casos e de vínculo com a comunidade. Tais ações refletem negativamente no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico nas unidades, pois limita o acesso aos serviços de saúde, especialmente por atravancar o elo entre os serviços e a comunidade, visto que são os ACSs os principais responsáveis pela construção e manutenção do vínculo; em consequência, o diagnóstico e o início de terapêuticas adequadas são atrasados.

Ainda, devido aos recentes retrocessos experimentados pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o Brasil passa por um declínio sem precedentes. Por 30 anos, o modelo de atenção em saúde mental, pautado nos direitos básicos do cidadão com transtornos mentais/sofrimento mental, avançou lentamente,

entretanto sem interrupções. A rede de serviços de base comunitária experimenta defasagem orçamentária; em contrapartida, os custos destinados aos hospitais psiquiátricos aumentaram nos últimos anos. Não obstante, em meio à pandemia da COVID-19 e durante o recesso do Congresso Nacional, o MS criou um Grupo de Trabalho que propõe revogar inúmeras portarias referentes à PNSM, ariscando o bom funcionamento da RAPS⁽²³⁾. Consequentemente, os incentivos aos profissionais de saúde para que possam atuar com discernimento e destreza no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico são questionáveis.

Notou-se, também, nos relatos dos participantes, a resistência de alguns profissionais generalistas em atender os usuários em sofrimento psíquico nas ESFs. Dentre as razões, destaca-se que as pessoas em sofrimento psíquico deveriam ser assistidas somente por especialistas; existe baixa disponibilidade de tempo para a escuta destes sujeitos; e essa atividade é considerada um acréscimo indesejável à carga de trabalho. Esses motivos mostram-se consonantes com outros estudos^(17,24). Tais questões são marcadas pela dificuldade em exercer a alteridade, presumivelmente pelo preconceito, medo, perigo e incômodo ocasionado pelos transtornos mentais⁽³⁾. De acordo com a literatura e com os discursos dos participantes deste estudo, pode-se inferir que, apesar de os profissionais possuírem algum nível de preparo para atender as pessoas em sofrimento psíquico na ESF, eles preferem não o fazer, possivelmente pelos motivos já elencados.

Independentemente disso, espera-se que o sujeito em sofrimento psíquico procure a APS, visto que esta é ordenadora do cuidado e responsável pela articulação entre os dispositivos da Rede de Atenção⁽¹²⁾. O encaminhamento deve ser implicado, de modo que aquele que encaminha se corresponsabiliza e participa de todo o processo, desde a condução do caso, oferta de cuidado, até o retorno do sujeito ao serviço de origem⁽²⁵⁾. Faz-se necessário que os profissionais estejam preparados para ofertar a assistência resolutiva e humanizada, com vistas à continuidade do cuidado⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Entretanto, observou-se nos discursos que o sistema de referência e contrarreferência é deficitário. Os casos somente podem ser encaminhados mediante a classificação de risco do paciente, sendo estes considerados de médio ou alto risco, no entanto existem divergências nos escores atribuídos na estratificação de risco. Assim, a literatura aponta que, apesar da pertinente avaliação da complexidade dos transtornos mentais, profissionais generalistas da APS tendem a manter suas ações com base no modelo tradicional e hierarquizado, recorrendo às equipes do CAPS, sem alcançar a integralidade da atenção⁽²⁸⁾.

Nessa perspectiva, há necessidade de transformações no campo da educação e no processo de formação. A procura por novos métodos e técnicas de ensino torna-se necessária para o desenvolvimento de futuros profissionais éticos, competentes e habilitados⁽²⁹⁾. A utilização de metodologias ativas na formação em saúde proporciona novas formas didáticas de trabalho, ultrapassando os modelos tradicionais de ensino. Atualmente várias ferramentas inovadoras são empregadas para o ensino em saúde, tais como a Simulação Realística (SR), baseada em ambientes e diretrizes assistenciais que agregam a complexidade do aprendizado em caráter integral⁽³⁰⁾. Assim, a assistência em saúde mental deve ser incorporada em todas as disciplinas da grade curricular dos cursos da área da saúde, cujos acadêmicos

estarão envolvidos desde o início de sua formação, visando à desmistificação de que os cuidados em saúde mental sejam de responsabilidade da atenção especializada.

Enquanto isso, sugere-se que os gestores oportunizem capacitações efetivas e planejadas para que possam realizar adequadamente a estratificação de risco em saúde mental e favorecer espaços para a escuta de usuários e trabalhadores da saúde que suscitem a troca de experiências e fomentem o cuidado no território^(3,31). O processo de educação permanente pode sensibilizá-los para a mudança paradigmática⁽²⁴⁾, influenciando positivamente a qualidade do atendimento, ao permitir reconhecer o sofrimento psíquico, promover o diálogo no relacionamento terapêutico e manejar os cuidados necessários em saúde mental na APS^(2,18). Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do apoio das equipes do CAPS aos profissionais das UBSs, a fim de promover a gestão dos casos/projetos terapêuticos; a corresponsabilização de todos envolvidos; a determinação do atendimento longitudinal e holístico; e o vínculo entre as diferentes categorias profissionais.

Apesar do exposto, participantes também apontaram os elementos para a construção da relação entre profissional e usuário. Esses elementos foram consonantes com os preceitos do paradigma psicossocial, como o vínculo, a confiança, o acolhimento, a escuta qualificada, a dedicação, a empatia e a seriedade. Nesse sentido, destaca-se a importância da relação entre profissionais e usuários, com singular relevância para o “vínculo”⁽²¹⁾.

O acolhimento e o vínculo são base para o fortalecimento da relação entre os sujeitos da tríade profissional-usuário-família. Essa relação sobressai ao conhecimento técnico e advém do entendimento e valorização das vivências e sentimentos das pessoas, de modo que toda e qualquer demanda no território deve ser recebida, ouvida e respondida, mesmo que haja a necessidade de continuidade do atendimento nos serviços secundários⁽³²⁻³³⁾.

Salienta-se, também, a importância de desenvolver espaços para a construção participativa, que pode ocorrer por meio dos grupos terapêuticos, os quais propiciam o acolhimento, diálogo e autoconhecimento, pois se cria uma rede de comunicação em que cada um pode expressar-se livremente. Isso motiva o fortalecimento pessoal diante das situações adversas e a consolidação de vínculos na comunidade, levando ao empoderamento em virtude da troca de experiências⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Vale salientar que, nos depoimentos dos participantes, pode-se notar que eles reconheceram a importância do desenvolvimento dessas práticas, no entanto eximiram-se, ao depositarem tal dever nos demais membros da equipe, especialmente no psicólogo. A presença desse profissional nas ESFs representa a superação de desafios, porquanto suscita a promoção da saúde e o entendimento das necessidades biopsicossociais da comunidade. Porém, para que suas ações sejam efetivas, faz-se importante que os demais trabalhadores da saúde compreendam o seu papel e sua corresponsabilidade no cuidado. Semelhantemente, revisão integrativa identificou que a recente trajetória do psicólogo na ESF é marcada pela sobrecarga de trabalho, visto que a escuta, o acolhimento e a condução de intervenções terapêuticas são ferramentas de todo profissional da área da saúde⁽³⁶⁾. Desse modo, tem-se a consciência do que é necessário, mas não há o interesse nem empenho em realizá-lo.

Portanto, a fim de que a assistência seja consonante com o paradigma psicossocial, é preciso que cada categoria profissional

tome para si a responsabilidade de atender às particularidades de cada sujeito, família e comunidade, para que, de fato, se possam obter avanços no modelo de atenção à saúde mental⁽³⁷⁾.

Limitações do estudo

A limitação do estudo foi a não inclusão de outros profissionais de saúde como técnicos de enfermagem ou auxiliares; equipe odontológica; agentes comunitários de saúde, em especial, que foram frequentemente citados pelos participantes como elo entre o serviço e a comunidade; e profissionais do serviço de nível secundário, como o CAPS. Portanto, para pesquisas futuras, recomenda-se a inclusão desses profissionais a fim de se adquirir uma ótica mais ampla e completa sobre o serviço em saúde mental. As perspectivas desses atores enriqueceriam o entendimento acerca da configuração do atendimento de saúde mental e possibilitariam abarcar as suas reais demandas, suscitando a melhoria da assistência e maior efetividade das ações. De qualquer modo, os resultados obtidos permitiram discutir os desafios na condução da saúde mental na APS, sob os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Contribuições para a Área

Espera-se que os resultados desta pesquisa subsidiem o fortalecimento de um novo paradigma de atenção à saúde mental, por meio da sensibilização de todos os profissionais de saúde, independentemente de sua especialidade. Isso permitirá lhes permitir compreender que a saúde mental não deve ser dissociada das demais necessidades do sujeito e que estas precisam ser atendidas pela APS, locus ordenador do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se apreender que, sob a perspectiva dos profissionais, o atendimento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde possui fragilidades que comprometem a integralidade do cuidado e revelam-se contrárias à Reforma Psiquiátrica e à Linha Guia de Saúde Mental do Estado. Nos discursos, notou-se que, apesar da boa infraestrutura dos serviços e embora os profissionais apontem, como elementos para a construção de um novo fazer profissional, o vínculo, a confiança, o acolhimento, a escuta, a dedicação, a empatia e a seriedade, eles não o realizam, recaindo, maiormente, sobre o psicólogo a responsabilidade de conduzir tais atividades. Logo, configuram-se como desafios para a consolidação da saúde mental na Atenção Primária: a dificuldade para assistir os usuários em sofrimento psíquico na ESF e o número limitado de profissionais generalistas dispostos a atendê-los; a necessidade de corresponsabilização de todas as categorias profissionais; e o processo de referência e contrarreferência burocratizado entre as equipes das UBS e o serviço especializado.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Oficina do APSUS: formação e qualificação do profissional em atenção primária à saúde. [Curitiba, PR]: SESA; 2014[cited 2018 Oct 18]. (Oficina saúde mental; 8). Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf
2. Montemezo H, Silva FD, Muramatsu CK, Amorin IR, Buriola AA, Cazañas EF. Perception of nurses and doctors on the service provided to people with mental disorders in primary care. *Cienc Cuid Saude*. 2018;17(1):1-7. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i1.38134>
3. Paulon SM, Protazio MM, Tschiedel R. "Eu sei o que é saúde mental!": pesquisar e cuidar como fios da mesma trama. *Rev Polis Psique*. 2018;8(1):6-32. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80412>
4. Kenny A, Allenby A. Barriers to nurses providing psychosocial care in the Australian rural context. *Nurs Health Sci*. 2013;15(2):194-200. <https://doi.org/10.1111/nhs.12014>
5. Silva GR, Reis HFT, Dos-Santos EM, Souza MPA, Azevedo RL. Mental health in primary care: perceptions of the family health care team. *Cogitare Enferm*. 2016;21(2):1-7. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.43861>
6. Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Chaves Neto G, Almeida SA, Almeida LR. Mental health care in the territory: conceptions of primary health care professionals. *Esc Anna Nery*. 2017;21(3):e20160040. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040>
7. Silva DG, Brito JNPO, Fernandes MA, Almeida CAPL, Lago EC. Conception of family health strategy professionals on mental health in primary care. *SMAD Rev Eletr Saude Mental Alcool Drogas*. 2017;13(3):118-24. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i3p118-124>
8. Barbosa BVF, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. The role of primary attention in health on the constitution of the network care in mental health. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2017;9(3):659-68. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668>
9. Côrtes Jr JCS, Souza ERP, Souza MCA, Oliveira RVS, Almeida Jr EHR. Otimização da resolutividade no cuidado em medicina de família e comunidade por meio do apoio matricial: relato de experiência. *Rev Saude*. 2015;6(2):27-9. <https://doi.org/10.21727/rs.v6i2.57>
10. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis*. 2018;28(2):e280206. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
11. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.216, de 06 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: MS; 2001[cited 2018 Oct 1]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
12. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia de saúde mental. Curitiba: SESA; 2014[cited 2018 Oct 1]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_final_de_saude_mental.pdf
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
16. Lahlou S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. *Pap Soc Represent [Internet]*. 2012[cited 2018 Oct 1];20(2):38.1-7. Available from: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf
17. Shen GC, Eaton J, Snowden LR. Mainstreaming mental health care in 42 countries. *Health Syst Reform*. 2017;3(4):313-24. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1356424>
18. Hogan M. Mental health reform under policy mainstreaming: needed, but uncertain. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014;23(1):11-6. <https://doi.org/10.1017/S2045796013000632>
19. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 32, 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: MS; 2017[cited 2018 Oct 1]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
20. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 11, de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: MS; 2019.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS; 2017[cited 2018 Oct 1]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
22. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 3, de 28 de janeiro de 2020. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: MS; 2020.
23. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Cofen alerta sobre risco de retrocesso na política de saúde mental [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2020[cited 2021 Jan 14]. Available from: http://www.cofen.gov.br/cofen-alerta-sobre-risco-de-retrocesso-na-politica-de-saude-mental_83702.html
24. Hirdes A, Scarparo HBK. The maze and the minotaur: mental health in primary health care. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(2):383-93. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>

25. Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LCSO. Psychosocial attention of children and adolescents: interfaces with the health network by the referral and counter-referral system. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):e1890014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>
26. Pessoa Jr JM, Nóbrega VKM, Oliveira JDS, Miranda FAN. Historical trajectory of an alternative service in mental health in the light of oral history. *Cienc Cuid Saude.* 2013;12(2):298-306. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.18728>
27. Pessoa Jr JM, Miranda FAN, Dutra SVO, Santos EC, Silva MB. Psychiatric reform and mental disorders in the family health strategy: family and professional opinion. *Cienc Cuid Saude.* 2014;13(2):271-7. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i2.19402>
28. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. *Cienc Saude Colet.* 2017;22(6):1933-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>
29. Salvador CAB, Toniosso JP, Nogueira LDP, Larêdo SMP. Simulação realística, estratégia metodológica para a formação de profissionais na área da saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Educ Saude.* 2019;9(4):58-64. <https://doi.org/10.18378/rebes.v9i4.6466>
30. Negri EC, Mazzo A, Martins JCA, Pereira Jr GA, Almeida RGS, Pedersoli CE. Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2017;25:e2916. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>
31. Penido CMF, Castro BP, Coimbra JR, Baker VDSIS, Franco RF. Mental health in primary health care: should matrix support be added or split?. *Rev Polis Psique.* 2018;8(1):33-51. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80415>
32. Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM, Leite MT, Piovesan SMS. Concepts and interventions on mental health in the perspective of family health strategy professionals. *J Nurs UFPE.* 2016;10(suppl 4):3548-59. <https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201606>
33. Frosi RV, Tesser CD. Mental health care practices in primary health care: an analysis based on experiences developed in Florianópolis, Brazil. *Cienc Saude Colet.* 2015;20(10):3151-61. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10292014>
34. Rangel CT, Miranda FAN, Oliveira KKD. Communitarian therapy and nursing: the phenomenon and its context. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2016;8(1):3770-9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3770-3779>
35. Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM, Moura AAM, Luis MAV, Macedo JQ. Integrative community therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. *SMAD Rev Eletr Saude Mental Alcool Drogas.* 2017;13(2):101-8. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p101-108>
36. Rocha MB, Almeida MMS, Ferreira BO. Possibilities of professional performance of the psychologist in the Primary Health Care context. *Rev Bras Promoc Saude.* 2016;29(1):117-23. <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p117>
37. Rodrigues TFCS, Sanches RCN, Oliveira MLF, Pinho LB, Radovanovic CAT. Feelings of families regarding drug dependence: in the light of comprehensive sociology. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 5):2272-2279. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0150>