

Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde

Mental health in primary health care: health-disease according to health professionals

La salud mental en la atención primaria: el proceso salud-Enfermedad, según los profesionales de la salud

Sônia Barros ¹

ORCID: 0000-0002-6346-9717

Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega ¹

ORCID: 0000-0002-4974-0611

Jussara Carvalho dos Santos ¹

ORCID: 0000-0002-7008-2756

Laís Mariana da Fonseca ¹

ORCID: 0000-0003-4923-6201

Lara Simone Messias Floriano ¹

ORCID: 0000-0003-4801-2767

¹ Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Barros S, Nóbrega MPSS, Santos JC, Fonseca LM, Floriano LSM. Mental health in primary health care: health-disease according to health professionals. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1609-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>

Autor Correspondente:

Jussara Carvalho dos Santos
E-mail: scjussara@gmail.com



Submissão: 02-02-2018 **Aprovação:** 07-03-2019

RESUMO

Objetivo: analisar percepções da equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o processo saúde-doença mental e identificar ações de saúde desenvolvidas pela equipe para pessoas com transtorno mental. **Método:** estudo qualitativo, de referencial teórico marxista e método dialético. Participaram 99 profissionais de nível médio e superior da ESF, município de São Paulo. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, cujos dados foram submetidos ao software ALCESTE e Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** obtiveram-se três categorias empíricas: *Treinamento em Saúde Mental; Percepção do profissional da ESF sobre o processo saúde-doença mental; e Ações de saúde desenvolvidas pela equipe de ESF junto às pessoas com transtorno mental*. Identificaram-se ações que convergem e divergem do modelo de atenção psicossocial. **Considerações finais:** há esforço dos profissionais para trabalhar de acordo com o modelo de atenção psicossocial, mas é necessário investir na Educação Permanente em Saúde desses profissionais para superar barreiras e fomentar ações territoriais exitosas. **Descritores:** Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Assistência à Saúde Mental; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze perceptions of the Family Health Strategy (FHS) professional team about mental health-disorder and to identify health actions developed by the team for people with mental disorders. **Method:** a qualitative study of a Marxist theoretical framework and a dialectical method. 99 FHS middle and higher level professionals from São Paulo participated. Semi-structured interviews were conducted. Data were submitted to ALCESTE software and Thematic Content Analysis. **Results:** there were three empirical categories: *Training in Mental Health; Perception of the FHS professional about mental health-disorder; and Health actions developed by the FHS team with people with mental disorders*. Actions that converge and diverge from the psychosocial care model were identified. **Final considerations:** there is an effort from professionals to work according to the psychosocial care model, but it is necessary to invest in the Permanent Education in Health of these professionals to overcome barriers and foster successful territorial actions. **Descriptors:** Mental Health; Primary Health Care; Health Policy; Mental Health Assistance; Health Personnel.

RESUMEN

Objetivo: analizar las percepciones del equipo de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) acerca del proceso salud-enfermedad mental e identificar las acciones de salud desarrolladas por el equipo para las personas con trastorno mental. **Método:** estudio cualitativo, con referencial teórico marxista y método dialéctico. Participaron 99 profesionales de nivel medio y superior de la ESF, de la ciudad de São Paulo. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas, cuyos fueron sometidos al software ALCESTE y al Análisis de Contenido Temático. **Resultados:** se obtuvieron tres categorías empíricas: *Entrenamiento en Salud Mental; Percepción del profesional de la ESF acerca del proceso de salud-enfermedad mental; y Acciones de salud desarrolladas por el equipo de ESF junto a las personas con trastorno mental*. Se identificaron acciones que convergen y divergen del modelo de atención psicossocial. **Consideraciones finales:** hay un esfuerzo de los profesionales para trabajar de acuerdo con el modelo de atención psicossocial, pero hace necesario invertir en la educación permanente en salud de esos profesionales para superar barreras y fomentar acciones territoriales exitosas. **Descriptorios:** Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Política de Salud; Atención a la Salud Mental; Personal de Salud.

INTRODUÇÃO

A atenção adequada à Saúde Mental é um assunto que vem crescendo no contexto brasileiro desde os esforços iniciais da Reforma Psiquiátrica. A priorização por assistência à saúde na comunidade, não apenas ao indivíduo com transtorno mental, mas em relação à sua família, implicou o aumento da demanda dessas pessoas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste cenário, as UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF) vêm ocupando, historicamente, um lugar importante no SUS, tendo como finalidade reorganizá-las para criar vínculo com a comunidade de acordo com as suas necessidades reais, identificando fatores de risco e intervindo quando necessário⁽¹⁻²⁾.

Assim, a articulação entre a Saúde Mental e a ESF deve ter como princípios: a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, intersetorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, bem como desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção de uma autonomia possível às pessoas com ou sem transtorno mental e seus familiares⁽³⁻⁴⁾. No entanto, percebe-se a existência de dificuldades para concretizarem ações que envolvam a área da Saúde Mental, em decorrência da falta de investimento em recursos humanos e infraestrutura e pela causa do estigma social⁽⁵⁾ perpetrado por profissionais e sociedade, o que implica em um entendimento equivocado sobre o processo saúde-doença mental.

Diante desse contexto, surgiram as perguntas de pesquisa: quais são as percepções da equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação ao processo saúde-doença mental; e quais ações de saúde essa equipe desenvolve junto às pessoas com transtorno mental? Dessa maneira, este estudo teve como finalidade entender o processo saúde-doença mental, a fim de contribuir à avaliação, qualificação das ações de Atenção Primária e formação dos profissionais na área da Saúde Mental.

OBJETIVO

Analisar as percepções da equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o processo saúde-doença mental e identificar ações de saúde desenvolvidas pela equipe para pessoas com transtorno mental.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para avaliação aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Prefeitura do Município de São Paulo, obtendo-se Parecer favorável.

Referencial teórico-metodológico

Adotou-se a perspectiva marxista, caracterizada como mais indicada para fundamentar este estudo, uma vez que entende que as práticas e programas de saúde expressam os conflitos e as diferenças que existem no setor e as condições da classe da

população. As práticas de saúde devem se constituir na possibilidade de transformação das condições que geram e reproduzem as situações de doença e dos sistemas conflitivos e inadequados de atender à saúde da população.

Tipo de estudo

Estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório. O estudo foi desenvolvido, segundo os preceitos dos Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ).

Procedimentos metodológicos

Baseado no método dialético proposto por Marx, cuja investigação parte do princípio de que há contradições entre a realidade e a ideologia o que deve ser considerado à compreensão do objeto de estudo como um todo.

Cenário do estudo

Foram utilizadas como cenário de estudo quatro UBS do município de São Paulo, mais precisamente da supervisão técnica de saúde Lapa/Pinheiros. Essa região possui 515.269 habitantes e tem Índice de Desenvolvimento Humano médio de 0,950, classificado como muito elevado⁽⁶⁾. Cada uma das quatro UBS citadas possuía quatro equipes de ESF compostas por um enfermeiro, um médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS.

Fonte de dados

Todos os profissionais da equipe ESF das quatro UBS, totalizando 120 profissionais, de ambos os sexos. No entanto, participaram 99 profissionais. Os demais, total de 21, não participaram da pesquisa, pois estavam sob licença médica (dois), licença maternidade (três), de férias (dez) ou porque recusaram participar do estudo (seis). O contato com esses profissionais foi realizado pessoalmente, durante o horário de trabalho nos seus serviços correspondentes.

Os critérios para inclusão desses profissionais na pesquisa foram trabalhar mais de seis meses na ESF da Unidade de Saúde, ter idade entre 18 e 65 anos e não estar em período de férias, em afastamento por motivos de doença, gestação ou em estado de greve, durante o período de coleta de dados, que correspondeu aos meses de março a julho de 2012, sendo 30 dias para cada Unidade de Saúde participante. Os critérios de exclusão foram se recusar a participar, não estar presente no período da coleta ou não atender a um dos critérios de inclusão supracitados.

Coleta e organização dos dados

Foram realizadas entrevistas em profundidade, guiadas por um questionário semiestruturado contendo as seguintes questões: 1) Descreva um atendimento que você realizou a uma pessoa com transtorno mental; 2) Como você identifica uma pessoa/família com necessidades de atenção à Saúde Mental? 3) Quais as intervenções (ações) que foram possíveis e quais os profissionais que as desenvolveram? Comente as dificuldades e facilidades.

4) Você participou de algum treinamento ou curso sobre Saúde Mental? Descreva um caso discutido com a equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). 5) Como você percebe a inclusão no território das pessoas com transtorno mental? 6) Como você percebe a “melhora” no processo saúde-doença das pessoas/famílias acompanhadas?

As entrevistas foram realizadas individualmente com cada profissional de acordo com a disponibilidade dos participantes, nas dependências dos serviços, em salas privativas, gravadas em áudio digital, com duração média de vinte e cinco minutos, e transcritas na íntegra.

Análise dos dados

Utilizaram-se duas técnicas, realizadas em duas etapas, sendo a primeira com o uso do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*⁽⁷⁻⁸⁾, versão 2010 e, na segunda etapa, pela análise de conteúdo⁽⁹⁾ que se desdobrou nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, inferência e interpretação dos resultados. O *software ALCESTE* foi desenvolvido com o propósito de classificar, estatisticamente, enunciados simples, por meio do Teste do Qui-Quadrado (χ^2), baseando-se em cálculos das leis de distribuição do vocabulário à análise léxica das palavras de textos, independente da origem de sua produção⁽⁷⁾, pois é adaptável a diversos domínios de investigação⁽⁸⁾. Quando unido a análise de conteúdo, a qual busca os núcleos de sentido para compor as categorias empíricas a serem analisadas, agiliza o tempo de leituras na separação inicial das frases temáticas, porém não substitui o processo da técnica em si. Assim, posteriormente, foram feitas novas e sucessivas leituras com o objetivo de aprofundamento dos temas que emergiam no texto em cada frase. A presença de determinadas classes/temas definiu em um estudo mais abrangente, sete categorias empíricas para a análise qualitativa dos resultados, porém, neste estudo, foram discutidas e analisadas três categorias empíricas, a saber: classe 1 – Treinamento em Saúde Mental; Classe 2 – Percepção do profissional da ESF sobre o processo saúde-doença mental; e Classe 3 – Ações de saúde desenvolvidas pela equipe de ESF junto às pessoas com transtorno mental.

As categorias analíticas empregadas foram “Política Nacional de Saúde Mental” e “Reabilitação Psicossocial”. Compreende-se que a Política Nacional de Saúde Mental, implantada no Brasil até dezembro de 2017, era baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e inseria o direito das pessoas com transtornos mentais como questão de direitos humanos; propunha uma ética inclusiva à sociedade em relação à loucura e construía uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos⁽¹⁰⁾ (política que sofreu um retrocesso com a reinserção do hospital psiquiátrico em meio à rede de atenção psicossocial, a partir de 2017); e por Reabilitação Psicossocial, como o processo que ocorre a partir de um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. É no interior dessa dinâmica que se cria um efeito “abilitador”. Não há desabilidades nem habilidades em si mesmas. Para tanto, é de suma importância os lugares onde se dão as intervenções, as organizações dos serviços, as interações com as estruturas sanitárias e sociais de um território e os recursos colocados em campo⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Dentre os profissionais de saúde que participaram do presente estudo, 20,8% são enfermeiros, 15,3% médicos, 25,1% auxiliares de enfermagem e 38,8% são ACS. A maioria dos profissionais participantes é do sexo feminino (78,9%) e a média de idade entre todos foi de 43 anos. Em relação ao estado civil, prevaleceram pessoas casadas (47,2%). Constatou-se que 43,1% dos entrevistados eram graduados há mais de 20 anos; 26,7% entre um e 10 anos; 18,9% entre 10 e 20 anos e 11,3%, com até um ano decorrido da graduação. Quanto à formação complementar, 46,5% apresentaram título de especialização. Atuam na área da Atenção Básica de um a 10 anos (36,3%), de 10 a 20 anos (20,4%) e há mais de 20 anos (33,6%). O tempo de trabalho dos entrevistados na UBS variou de menos de um ano (23,6%), de 10 a 20 anos (27,6%), há mais de 20 anos (6,5%). A carga horária de trabalho mais prevalente foi de 40 horas semanais (43,4%). Exerciam a função assistencial (87,6%) contra 12,4% de supervisão/gestão. Todos os profissionais assistenciais de nível médio acompanhavam, em média, 929 famílias, e de nível superior, em média, 2.787 famílias.

Do *corpus* total das entrevistas transcritas, durante a Classificação Hierárquica Descendente, foram consideradas para a análise 1.648 Unidades de Contexto Elementar (UCE), das 7.030 UCE inicialmente divididas, equivalente a um aproveitamento de 69% do conteúdo submetido à análise, o que é considerado bom⁽⁷⁾. A análise resultou em três classes, sendo válido pontuar que as Classes 2 e 3 abordam aspectos que se coadunam. As três classes em questão possuíam conteúdos mais significativos e inter-relacionados. Usou-se como ponto de corte (Qui-Quadrado) $\chi^2=14$ para obter a melhor observação dos resultados obtidos pelo programa, juntamente à análise de conteúdo Temática. O nome do *corpus* foi definido como “A Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde da Supervisão Técnica de saúde Lapa-Pinheiros do Município de São Paulo”.

Foi realizada uma análise simples no programa ALCESTE e complementada com a Análise de Conteúdo Temática. As frases temáticas obtidas foram identificadas de acordo com “sujeito” e seu número de identificação (Suj_000).

Classe 1 – Treinamento em Saúde Mental

Foi elaborada mediante os resultados obtidos pelos vocábulos mais frequentes (curso, treinamento, saúde mental, participação, discutidos, tema, reuniões, especificações, educação, equipe NASF, direcionamento, capacitação, pontuação, palestras, esclarecimentos, duas, casos, escolha, aprendizagem) e pelas UCE típicas. Por meio desses dados, foi possível inferir que os conteúdos se agrupam ao redor do treinamento em Saúde Mental. Nesta classe, é evidente a ausência de Educação Permanente em Saúde no serviço pela gestão, conforme se verifica no exemplo de frase em relação ao tema.

Aqui, não participei de algum treinamento ou curso sobre Saúde Mental. Na outra UBS, eu participei. Sobre Saúde Mental, nunca discuti um caso com a equipe NASF aqui. Também não presenciei alguém discutindo. (Suj_008)

Diante disso, os profissionais de saúde se organizam para buscar educação dentro e fora do serviço.

Tive treinamento na minha residência. Aqui tiveram alguns cursos pontuais [...] mas a minha maior formação foi na residência. (Suj_055)

O treinamento ou curso sobre saúde mental que eu participei foi essa palestra [...] que a enfermeira fez junto com a médica e com o médico. (Suj_081)

Alguns profissionais relataram que não receberam Educação Permanente em Saúde no serviço ou qualquer outro treinamento em Saúde Mental, em toda a sua vida profissional, o que dificulta a implementação da Política Nacional de Saúde Mental e a reabilitação psicossocial, como é possível observar na fala a seguir:

Nunca participei de algum curso ou treinamento sobre saúde mental eu não consigo descrever um caso que foi discutido com o NASF. Eu não participei de nenhum. Os auxiliares de enfermagem quase nunca entram nas reuniões. Isso é algo que está sendo discutido. (Suj_019)

Classe 2 – Percepção do profissional da Estratégia Saúde da Família sobre o processo saúde-doença mental

Desvela a percepção do profissional da ESF sobre o processo saúde-doença mental. Com os vocábulos mais frequentes (tomar, banho, medicamento, hora, andar, sair, idos, homem, responde, quer, volta) e as UCE típicas, foi possível obter a Classe 2. Também, foi possível inferir que os conteúdos se agrupam ao redor do entendimento sobre o processo saúde-doença mental. Nesta classe, é evidente que os profissionais identificam o transtorno mental por sinais e sintomas, e se preocupam com o tratamento, expondo que existe uma ambiguidade de modelos que guiam as práticas. Seguem exemplos de frases em relação aos sinais e aos sintomas do transtorno mental como uma limitação.

Têm pacientes que eu vejo que têm uma doença mental, em termos de limitação. Eu estou me lembrando do caso de uma paciente, 40 anos. Tem uma deficiência, um retardo, nunca trabalhou, vive com os pais, também é confusa e repetitiva. (Suj_096)

Eles usam o sinal e o sintoma da doença para avaliar se está bem ou não, sendo este o indicador de necessidade de intervenção. Outra forma de identificar a pessoa com transtorno mental é por meio da autoagressividade e a observação sobre a conservação e o cuidado da própria casa pelo usuário do serviço.

Hoje, aparentemente, ela deixou de ouvir vozes e sempre que tenho a oportunidade, pergunto e ela diz que as vozes foram para o fundo do quintal e que não ficam mais perto dela. (Suj_021)

Ela me cumprimentava, em outro tempo falava para si para se calar e batia na própria cara e se autoagredia, e a casa estava toda revirada, toda bagunçada, sem limpeza. (Suj_087)

Os profissionais identificam o transtorno mental como algo que gera dificuldades cognitivas, desemprego e alteração de comportamento. Outra maneira de identificar a pessoa com transtorno mental está relacionada à ausência de escuta por parte do usuário, indicando um estado de crise.

Lembrei-me de outra coisa, eu tenho mais uma pessoa com doença mental. É da família 72, segundo a mãe dele, ele era normal até os 36 anos, casou, teve filhos, tinha um bom emprego em uma editora, aí ele foi mandado embora, entrou em uma depressão. Ele é esquizofrênico. Ontem eu fui lá e ele estava bem nervoso. (Suj_091)

Passando por perto, a gente passa, tem a liberdade de entrar na casa. Hoje, ele consegue sentar para conversar com a gente com mais tranquilidade também, porque ele não ouvia, ele falava o tempo todo e não te ouvia. (Suj_067)

Os profissionais compreendem que quando uma pessoa se encontra isolada e não quer contato com outras pessoas, é considerada doente. Ainda, muitos se referem a percepções de senso comum como se o transtorno mental de uma pessoa fosse um problema de carência afetiva ou uma pessoa dependente, isto é, que não tem autonomia.

E foi algo que eu e a médica da UBS percebemos juntas e a enfermeira que ia fazer a visita. Percebemos que ele estava trancado em casa, colocou uma chapa no portão, não queria ninguém na casa. (Suj_039)

Você vê que ele tem carência afetiva, ninguém da família quer interferir no caso, seria essa pessoa com doença mental que eu iria, que eles vão fazer o cadastro dele e aí ele também tem a questão que ele não deixa ninguém entrar na casa. (Suj_061)

Os profissionais percebem, como uma consequência da doença, que as pessoas com transtorno mental são, comumente, abandonadas por seus familiares ou que a família tem dificuldade em conviver com o seu ente, evidenciando a necessidade da pessoa com transtorno mental se ajustar ao cotidiano da família, sem levar em conta suas peculiaridades.

A “G” entrou em ação e está acompanhando isso de perto. Ele acabou saindo do hospital e estamos muito preocupadas, porque não estava mais morando com o irmão, que casou e foi para outra casa, deixando-o sozinho. (Suj_015)

Houve uma época em que conseguimos fazer com que a avó acolhesse a mãe e os netos que ficaram com ela por cerca de um ano ou pouco mais, só que a convivência não deu certo e agora ela não quer mais acolhê-los. (Suj_033)

Classe 3 – Ações de saúde desenvolvidas pela equipe de Estratégia Saúde da Família junto às pessoas com transtorno mental

Foi engendrada mediante os vocábulos de maior frequência (mãe, teve, irmã, mor, filho, avô, internação, agressividade, perdão, droga, suicídio, morte) e das UCE, da Classe 3. Por meio desses dados, foi possível inferir que os conteúdos se agrupam ao redor das ações em Saúde Mental promovidas pelos profissionais da ESF. Nesta classe, evidencia-se a convivência entre dois modelos assistenciais opostos: a atenção psicossocial e a psiquiatria tradicional. Dessa maneira, as ações, muitas vezes, são mesclas de ambos os modelos, indicando transição de paradigma ou, simplesmente, destacam apenas o modelo biologicista e médico centrado da psiquiatria tradicional.

Ele foi fazer a visita domiciliar e eu fui com ele, e ele entrou com a intervenção. Ele viu também a medicação, devido aos parentes estarem lá e alterou, não sei se foi uma ou duas, melhorou bem, não vou falar que curou, mas melhorou muito. (Suj_087)

Agora, se a pessoa tiver um surto, vai no pronto socorro, primeiramente porque eles dão a medicação, então eles podem até ficar internados 24 horas. (Suj_069)

As ações realizadas pelos profissionais da ESF perpassam pelo cuidado individual que ocorre dentro do próprio serviço ou por meio de visitas domiciliares, as quais acarretam a construção de vínculo com a pessoa com transtorno mental e seus familiares, evidenciando a presença do modelo de atenção psicossocial, apesar de não fazer identificação do modelo claramente.

Não levantava para comer, tomar as medicações. Eu constatei, levei para equipe. O médico da UBS e uma enfermeira foram na casa dela. Nós conversamos muito com ela, demos toda assistência psicológica. Se você visse, não acreditava. Foi uma boa intervenção. (Suj_073)

Além do cuidado à saúde realizado pelos profissionais da ESF, há ações que necessitam de matriciamento por não terem conhecimentos suficientes para intervir. Assim, realizam ações conjuntas com a equipe do NASF, a fim de obter melhores resultados.

Conclusão, a carga que essa paciente estava carregando, ela não estava suportando. Ela chegou num estágio de depressão e de falar em tentar se matar. Com isso entrou o NASF, com a psicóloga, e a gente acompanhou isso. (Suj_085)

Divergindo do paradigma adotado pelo SUS referente à atenção psicossocial, existem ações individuais pautadas no paradigma médico centrado/biologicista, visando apenas à medicação. Há, ainda, ações que são contrárias às diretrizes do SUS, uma vez que encaminham pessoas do seu território que devem ser assistidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) e não, simplesmente, encaminhadas pela Atenção Primária à Atenção Terciária. Pelo contrário, no paradigma da RAS, a Atenção Primária deve estar ciente de todo o percurso de cada usuário dentro da rede.

Apesar disso, ela era uma pessoa normal: saía, vinha à UBS medir pressão e tudo mais. Eu trouxe o caso para a equipe, trabalhamos com a psiquiatra, e a dona "T" foi medicada. (Suj_021)

Quando ele passa em especialistas ou realiza exames, ele fala onde ele foi o que ele fez, ele é bem orientado, gosta muito de ler. As intervenções que realizamos, em relação a esse caso, tentamos conscientizar ele a sair mais de casa, para ter uma atenção mais especializada, no setor terciário porque nós somos Atenção Primária. (Suj_089)

Desta maneira, notamos que há dificuldade de prestar assistência qualificada às pessoas com transtornos mentais, por falta de conhecimento da área de saúde mental. Isso faz com que realizem encaminhamentos para outros serviços e mantenha a lógica do tratamento compartimentalizado, divergindo do que é proposto pela Política Nacional de Saúde Mental.

Mas, a cada episódio do usuário, "J" desestrutura todos completamente. A mãe já até recebeu ameaça de morte, e ela fala que não vai mais tentar salvar o filho. Recentemente, ele foi internado e fugiu da clínica e se meteu num caso de homicídio. O médico e a psiquiatra estão encaminhando o "J" para o CAPS e para o PROSAM. (Suj_071)

Neste sentido, os profissionais se queixam que a rede é frágil, pois não oferece suporte suficiente para crises, tampouco fornece conhecimento. Também, não entendem o funcionamento da rede, pois uma vez encaminhado para outro serviço, este não deve devolver o caso.

Quando os pacientes se estabilizam, o CAPS os devolvem para nós, portanto, esse rapaz está agora no CAPS com a psiquiatra e a psicoterapeuta. É um caso bem recente e que, para nós, foi muito complicado lidar. Ele teve alta numa quinta-feira, então não sabíamos direito para onde encaminhá-lo e ele só foi passar por uma avaliação na semana seguinte. (Suj_002)

Não obstante, os profissionais descrevem ações de articulação com os pontos de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é uma subdivisão da RAS, visando ao atendimento em rede da pessoa com transtorno mental. Essas ações são mais conjuntas ao NASF, CAPS e ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Depois disso, a irmã desistiu de tudo, pois estava tentando ajudar e o filho pegou todo o dinheiro. Sobre esse caso, eu terei uma reunião no dia 5 de abril com o NASF e o pessoal do CAPS para analisarmos o que podemos fazer para ajudar essa senhora. (Suj_004)

Se não fizer isso, será despejado. A moradia era inacessível e nos não sabíamos nada que acontecia com esse idoso, porque ele não deixava ninguém entrar. Por fim, com a ajuda do CRAS, nós tivemos acesso ao paciente e descobrimos que a casa era dividida com um homem de cerca de 40 anos. (Suj_031)

Além disso, a falta de Educação Permanente em Saúde dos profissionais faz entender que o ato de convidar a participar de uma atividade fará com que a pessoa com transtorno mental adira a um tratamento, esquecendo-se que para que haja adesão há necessidade do vínculo.

Eu cobro todo dia, ele diz que foi e não foi. Ele está enfiado dentro de casa, pois está com medo de ser pego. A maior dificuldade, eu acho que a gente não está conseguindo abordar para haver uma adesão maior deles na terapia, porque eles vivem fugindo quando parece que está indo, eles deixam de vir. (Suj_071)

Ocorrem também ações que os profissionais acreditam serem de inclusão social da pessoa com transtorno mental, entretanto, essas ações são de entretenimento, visando, apenas, manter o usuário dentro do serviço. Isso demonstra que o modelo manicomial prevalece nas atuações dos profissionais da ESF, divergindo da proposta de reabilitação psicossocial.

Com muito custo, comecei a trazê-lo à UBS e ele conseguia voltar sozinho, até vir e voltar sem ninguém. A enfermeira mestranda da USP também saía muito com ele. Íamos a várias praças. E, um

dia, o levamos ao pomar que tem aqui perto e ele ficou encantado com o colorido das frutas, legumes e verduras. (Suj_025)

Há profissionais que discriminam a pessoa com transtorno mental, dando prioridades a outros casos que consideram ser mais importantes.

Eu não poderia ir sempre a casa desse senhor. Eu só atendo a agente comunitária responsável por aquela área a cada 45 dias, porque eu tenho que fazer visita domiciliar para outras pessoas. (Suj_031)

As UCE desvelam o estigma que é perpetrado pela sociedade e está no imaginário dos profissionais, como a agitação psicomotora, impedindo eles de realizarem ações que desconstruem o estigma em seu território de atuação, pois acreditam que as pessoas com transtorno mental devem ter comportamento “adequado” para o convívio social, remetendo a questão da norma/normalidade.

Quer dizer, não deixava nem ela viver, aí já alterava, porque deixou a pessoa acuada. Estava medicada, mas furou por uma pressão. Então, é isso, às vezes, têm pacientes que eu sei que andam, quando está medicado fica corretamente na sociedade. (Suj_087)

Os profissionais percebem o medo presente nas pessoas sem o transtorno e revelam que há ações que buscam aumentar a rede social da pessoa com transtorno mental, convergindo com um dos eixos da reabilitação psicossocial.

Algumas pessoas da comunidade têm medo. Para dar emprego, eu acho delicado. Mas nós fazemos muito grupo com pessoas depressivas para tirá-la disso. Então, nós temos grupos moda de viola, samba, temos um chá de convivência que a gente vai na casa da pessoa, se ela está resistente de vir. (Suj_071)

DISCUSSÃO

Questões que interferem negativamente no processo de trabalho da ESF e que emergiram nos discursos dos trabalhadores vão ao encontro do que já está posto na literatura. Destacam-se as questões relacionadas à limitação na formação no serviço para o cuidado em Saúde e a não integração entre a equipe para o planejamento do cuidado em Saúde Mental, principalmente entre os profissionais de nível médio e nível superior, incluindo os do NASF. Chama a atenção que os profissionais de nível médio e ACS, os que mais identificam a demanda, não participam das reuniões de equipe nas unidades estudadas, bem como nas tomadas de decisão. Como consequência disso, pode haver um prejuízo na troca de informações e no modo como a comunicação se estabelece nas unidades, refletindo na qualidade do trabalho⁽¹²⁻¹⁴⁾ e na dificuldade de adesão do que é estabelecido pelo modelo de atenção psicossocial.

Além disso, notou-se que a maior parte dos trabalhadores de saúde não recebe Educação Permanente em Saúde no serviço, a fim de atualizá-los à atuação na área de saúde mental. Isso representa uma limitação, visto que a Educação Permanente em Saúde dos profissionais da ESF e da Saúde Mental é o ponto de partida à reinvenção da prática em Saúde e do exercício profissional⁽¹⁵⁾, com vistas à inclusão social e à promoção da autonomia da pessoa com transtorno mental, indo ao encontro

da reabilitação psicossocial e, conseqüentemente, da Política Nacional de Saúde Mental de base comunitária a qual tem sido ameaçada com nova política de 2017.

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia do Sistema Único de Saúde à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para a Saúde que visa estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores do setor para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho⁽¹⁶⁾. O investimento no sentido de promover esse tipo de processo educativo é imprescindível para a transformação do processo de trabalho, no sentido da efetivação das práticas de saúde mental no âmbito da ESF e para a desconstrução do estigma relacionado à pessoa com transtorno mental, por parte do trabalhador do serviço de saúde.

Considerando que a incorporação da Saúde Mental à Atenção Básica tem se mostrado promissora, levando em conta a convergência entre os princípios da Atenção Básica e da Atenção Psicossocial, principalmente, no que diz respeito à interdisciplinaridade no cuidado e à territorialização das ações⁽¹¹⁻¹⁵⁾; que as políticas têm avançado no sentido de normatizar e dar subsídios para que o cuidado em Saúde Mental seja incorporado ao cotidiano das práticas na Atenção Básica, como o próprio NASF e; que a literatura vem apontando há uma década que existe uma limitação importante na formação em Saúde Mental dos trabalhadores da ESF⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, questiona-se, frente aos resultados encontrados, o porquê de a formação ainda ser o principal impasse para viabilização da incorporação da Saúde Mental no processo de trabalho na ESF.

Apesar disso, pela própria configuração da ESF, alguns avanços são percebidos no que diz respeito aos instrumentos de trabalho utilizados como: o uso do território, o vínculo e a visita domiciliar. Isso foi observado nos resultados quando se falam de visitas domiciliares com diferentes finalidades, da participação dos vizinhos na identificação de necessidades de cuidado em Saúde Mental dos usuários dos serviços e dos grupos realizados com diferentes atores da comunidade, bem como a preocupação dos trabalhadores em conhecer os recursos potencialmente atrativos existentes no território.

No entanto, com a nova Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT nº. 32/2017 e Portaria nº. 3.588/2017), percebe-se que há potencial ameaça de retrocesso do que havia sido conquistado, visto que ela coloca serviços ícones da Psiquiatria Tradicional em meio à RAPS, somado aos resquícios de resistência em relação à Política Nacional de Saúde Mental de base comunitária de alguns profissionais atuantes na RAPS. Observa-se, também, retrocesso com a nova Política Nacional de Atenção Básica de 2017, a qual deturpa os princípios de universalidade, equidade e integralidade, pois a partir dela, surge a possibilidade de descomprometimento de gestores com a oferta universal dos serviços de Atenção Básica a nível nacional, estadual e municipal, e reforço à privatização de serviços públicos e à compra de planos privados por pessoas mais abastadas. Também favorece a segmentação do acesso ao cuidado, a desvinculação das equipes dos territórios e a desqualificação do trabalho de ACS, acentua o biologicismo das atividades e vitupera pessoas em vulnerabilidade social.

Os participantes (profissionais de saúde) têm identificado o transtorno mental por meio de sinais e sintomas, indicando

conhecimento sobre o que é uma doença mental. No entanto, verifica-se que seu conhecimento está pautado no modelo da psiquiatria tradicional, que ainda prevalece na formação de profissionais da saúde. Quando não, acreditam que a pessoa com transtorno mental é limitada, ou seja, incapaz de ser ou fazer algo, o que desvela o estigma social da doença mental.

Dessa maneira, os profissionais acabam por identificar as pessoas com transtorno mental com observações baseadas em senso comum. Não compreendem que o desemprego é fruto histórico do estigma que acarreta a exclusão social dessas pessoas⁽⁵⁾. No geral, não trazem em seus discursos temas baseados na atenção psicossocial, que é o modelo regente da atenção à Saúde Mental no SUS, mas o discurso biologicista da psiquiatria tradicional, apontando mais uma contradição. Além da Educação Permanente em Saúde, investir em cursos de graduação da área da Saúde que foquem não só na parte biológica das doenças, mas na reabilitação psicossocial, visando à inclusão social da pessoa com transtorno mental⁽²⁰⁾, é fundamental para poder reverter a assistência pautada no modelo psiquiátrico tradicional e implementar o modelo de atenção psicossocial.

Outra percepção dos participantes está relacionada à ausência de escuta por parte do usuário com transtorno mental, bem como o seu isolamento social como sinal de doença, demonstrando desconhecimento sobre crise e suas consequências, ou seja, o seu despreparo. Em relação à falta de escuta por parte da pessoa com transtorno mental, que é um indicativo de crise, há a necessidade de intervenção mais focada para esses casos. O profissional deve estar preparado para intervir com técnicas que busquem a escuta qualificada, assim como o entendimento sobre quando deve solicitar matriciamento ou mesmo a transferência para um serviço especializado na contenção de crises mais graves, sempre visando à responsabilização e à coordenação do cuidado com o intuito de evitar a perda de vínculo. Desta maneira, verifica-se a necessidade de realizar cursos que qualifiquem os profissionais da ESF, bem como Educação Permanente em Saúde, a fim de promover a superação desta fragilidade⁽²¹⁾.

Quanto ao isolamento social, este é um sinal/sintoma de alta prevalência entre as pessoas com transtornos mentais, que usualmente se retiram do contato social, perdendo contato com amigos próximos e alguns familiares. No entanto, por mais que os profissionais entendam que isso seja algo ocasionado pela doença, existe a dificuldade de proporcionar ações que minimizem o isolamento social. Os profissionais também entendem que os usuários com transtorno mental são pessoas dependentes, isto é, uma pessoa sem autonomia que, muitas vezes, apresenta carência afetiva, mostrando, novamente, a prevalência da psiquiatria tradicional e do senso comum, evidenciando novamente o estigma, o senso comum e o seu conhecimento da psiquiatria tradicional⁽²²⁾, o que se opõe à proposta do modelo de atenção psicossocial adotado pelo SUS.

Os trabalhadores compreendem que as pessoas com transtorno mental são abandonadas por familiares, acarretando o isolamento social. Na literatura, diversos autores compreendem que os familiares, por desconhecimento das consequências da doença mental, sentem dificuldades para prover cuidados à pessoa com transtorno mental. Ainda, indicam que estes familiares sofrem com sobrecarga emocional e física, relacionada ao cuidado.

Entretanto, a estratégia da família, como o próprio nome diz, deve focar sua atenção na saúde da família e, o que se vê, é que está havendo abandono de pessoas com transtorno mental. Assim, pode-se entender que a família está sobrecarregada e não está sendo assistida ou não está tendo suporte adequado, indicando que a ESF tem dificuldades nesse sentido.

Logo, a ESF deve realizar ações de saúde mental que deem suporte para o usuário e seus familiares, estabelecendo um espaço de interação e diálogo entre usuário-família-profissional. Neste cenário, existem outros casos que os profissionais observaram que a família tem dificuldade em conviver com o seu ente, evidenciando a necessidade de a pessoa com transtorno mental se ajustar com o cotidiano da família sem levar em conta suas peculiaridades, o que diverge dos princípios da reabilitação psicossocial, que não é a estratégia de habilitar o “desabilitado”, tornando forte o fraco, sendo um processo que aponta para realizar mudanças, a fim de se criar possibilidades de vida e de se construir a cidadania plena em meio à sociedade⁽¹¹⁾.

As ações realizadas pelos profissionais da ESF perpassam pelo cuidado individual que ocorre dentro do próprio serviço por grupos ou por meio de visitas domiciliares, as quais acarretam a construção de vínculo com a pessoa com transtorno mental e seus familiares. Ocorrem ações que os profissionais acreditam serem de inclusão social da pessoa com transtorno mental, entretanto, são de entretenimento, visando, apenas, à manutenção do usuário dentro do serviço. Isso demonstra que o modelo manicomial prevalece nas atuações dos profissionais da ESF.

Além do cuidado à saúde realizado pelos profissionais da ESF, há ações que eles necessitam de matriciamento por não terem conhecimentos suficientes para intervir. Assim, realizam ações conjuntas com a equipe do NASF, a fim de obter melhores resultados. Nesse sentido, agem de acordo com o que está preconizado na Política Nacional de Saúde Mental de base comunitária.

Não obstante, os profissionais descrevem ações de articulação com os pontos de atendimento da RAPS, que é uma subdivisão da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando ao atendimento em rede da pessoa com transtorno mental. Estas ações são mais conjuntas ao NASF, CAPS e CRAS. Divergindo do paradigma adotado pelo SUS referente à atenção psicossocial, existem ações individuais pautadas no paradigma medicocentrado/biologicista.

Há, ainda, ações que são contrárias às diretrizes do SUS, pois encaminham pessoas do seu território/serviço para outra instituição e não acompanham o itinerário desse usuário, tampouco mantêm contato com o outro serviço para obter informações sobre a sua situação. Esse tipo de acompanhamento é contrário ao paradigma da RAS, onde a Atenção Primária deveria estar ciente de todo o percurso de cada usuário dentro da rede. Desta maneira, percebe-se que há dificuldade de prestar assistência qualificada às pessoas com transtornos mentais por falta de conhecimento da área de saúde mental, fazendo com que realizem encaminhamentos para outros serviços, mantendo a lógica do tratamento compartimentalizado.

Neste sentido, os profissionais de saúde se queixam que a rede é frágil, por não oferecer suporte suficiente para crises e, muito menos, fornecer conhecimento. Também, não entendem o funcionamento da rede, pois, para eles, uma vez encaminhado o usuário para outro serviço, este último não deve mais devolver

o caso. Além disso, a inexistência de Educação Permanente em Saúde dos profissionais faz entender que o ato de convidar a participar de uma atividade fará com que a pessoa com transtorno mental adira a um tratamento, esquecendo-se que para que haja adesão, há necessidade do vínculo. Tais achados convergem com resultado de estudo atual⁽¹⁹⁾.

Divergindo da crença de incluir, há profissionais que discriminam a pessoa com transtorno mental, dando prioridades a outros casos que consideram ser mais importantes. As UCE desvelam o estigma que é perpetrado pela sociedade, e está no imaginário dos profissionais, como incapacidade e periculosidade, impedindo-os de realizarem ações que desconstruam o estigma em seu território de atuação, pois acreditam que as pessoas com transtorno mental devem ter comportamento “adequado” para o convívio social nos remetendo à questão da norma/normalidade.

Limitações do estudo

Houve dados que poderiam ter sido mais contemplados nas discussões, porém o fator tempo de realização do estudo interferiu no processo da pesquisa. No entanto, essas limitações não comprometeram a qualidade dos dados obtidos.

Considerações à área da Saúde Mental e Enfermagem

Este estudo tem significativo potencial, ao oferecer elementos para entender como essa importante política pública da Saúde Mental vem se constituindo, e oferece uma perspectiva da implantação e da dinâmica sobre o entendimento do processo saúde-doença mental pelos profissionais da Atenção Primária, além da compreensão de suas potencialidades, desafios que gestores de saúde precisam valorizar e superar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção ao processo saúde-doença mental tem se modificado, conforme são estabelecidas as estratégias contidas nas políticas de saúde mental. Desta maneira, a visão dos profissionais diante da pessoa com transtorno mental tem seguido o modelo de Atenção Psicossocial, mas, há profissionais que mantêm a visão biologicista e medicocentrada em virtude da falta de conhecimento e/ou Educação Permanente em Saúde, ou do estigma social.

Identificou-se que há ações que vão ao encontro do novo modelo, como, por exemplo, as visitas domiciliares, o trabalho em rede com outros serviços, o matriciamento e os grupos de socialização. No entanto, observa-se que mesmo com mudança do paradigma, ainda há ações baseadas no modelo psiquiátrico tradicional.

Assim, acredita-se que os gestores devem priorizar a Educação Permanente em Saúde de quem já está atuando na Atenção Primária em parceria com universidades que devem priorizar o modelo psicossocial na formação dos novos profissionais, a fim de se obter a efetiva implementação das práticas de saúde mental no âmbito da ESF, além da construção de práticas críticas e reflexivas baseadas na necessidade dos sujeitos à desconstrução do estigma arraigado nos profissionais de saúde em relação à pessoa com transtorno mental e superação do modelo psiquiátrico tradicional.

FOMENTO

O estudo recebeu financiamento do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Processo 140071/2015-6 e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Fundação Araucária, Processo 028/2016.

REFERÊNCIAS

1. 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). [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2018 ago. 30]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS; 2015 [cited 2018 Aug 30] Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
3. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc.* 2017;26(1):155-70. doi: 10.1590/s0104-12902017165827
4. Camatta MW, Tocantins FR, Schneider JF. Mental health actions in Family Health Strategy: family expectations. *Esc Anna Nery.* 2016;20(2):281-8. doi: 10.5935/1414-8145.20160038
5. Santos JC, Barros S, Santos IMM. Stigma: The Perspective of Workers on Community Mental Health Services-Brazil. *Glob Qual Nurs Res.* 2016;3:1-9. doi: 10.1177/2333393616670442
6. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundação João Pinheiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas do Desenvolvimento Humano [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 23]. Available from: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-paulo_sp
7. Azevedo DM, Costa RKS, Miranda FAN. Use of the ALCESTE in the analysis of qualitative data: contributions to researches in nursing. *J Nurs UFPE On Line.* 2013;7(spe):5015-22. doi: 10.5205/1981-8963-v7i7a11764p5015-5022-2013
8. Cavalcante ES, Pessoa Jr JM, Freire ILS, Cavalcante CAA, Miranda FAN. Social representations of fishermen with spinal cord injury: impacts and life trajectory. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2017;70(1):132-8. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0436
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2015.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015 [Internet]. Brasília; 2016 [cited 2018 Sep 23]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015---.pdf>
11. Saraceno B. Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá; 2001.
12. Bagnasco A, Tubino B, Piccotti E, Rosa F, Aleo G, Di Pietro P, et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*. 2013;21(3):168-72. doi: 10.1016/j.ienj.2012.07.005
13. Shimizu HE, Carvalho Jr DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(9):2405-14. doi: 10.1590/S1413-81232012000900021
14. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(7):2157-66. doi: 10.1590/S1413-81232013000700031
15. Reilly S, Planner C, Hann M, Reeves D, Nazareth I, Lester H. The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PLoS One*. 2012;7(5):1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0036468
16. Bomfim ES, Oliveira BG, Rosa RS, Almeida MVG, Silva SS, Araujo IB. Permanent education in everyday of family health teams: utopia, intention or reality? *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2017;9(2):526-35. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.526-535
17. 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* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 19];21(2):1-7. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43861/27962>
18. Nogueira FJS, Brito FMG. Dialogues between mental health and primary health care: a Brazilian educational program for health work case report. *Pesqui Prát Psicossociais* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 19];12(2):374-87. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/10.pdf>
19. Nóbrega MPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JC. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(5):965-72. [Thematic Edition "Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0566
20. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Development of human resources for work in mental health services. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1142-51. doi: 10.1590/S0104-07072013000400033
21. Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*. 2013;18(1):151-60. doi: 10.1590/S1413-82712013000100016
22. Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(7):2129-38. doi: 10.1590/S1413-81232013000700028