

Capítulo 04

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM ADOECIMENTO MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA¹

IVAN GILSON SILVA MOURA²

FERNANDA KERLES ROCHA DE OLIVEIRA³

RAIMUNDO FRANCISCO DE OLIVEIRA NETTO⁴

JOÃO PAULO BARROS IBIAPINA⁵

FRANCISCO GAUNIÊ DE SOUSA PESSOA⁶

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES⁷

1. Pós-Doutora em Saúde Pública Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa/Portugal. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/Centro Universitário Uninovafapi. Enfermeira HU-UFPI-EBSERH.
2. Médico Psiquiatra. Mestrando do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi. Docente da Faculdade Santo Agostinho.
3. Especialista em Neonatologia e Pediatria/ Faculdade NOVOESTE Campo Grande -MS. Enfermeira HU-UFPI-EBSERH.
4. Mestre em Doenças Tropicais /UFPA. Enfermeiro HU-UFPI-EBSERH.
5. Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.
6. Enfermeiro. Coordenador de Enfermagem do Hospital Areolino de Abreu. Mestrando em Ciências da Saúde pela UFPI.
7. Docente Pós-Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.

Palavras Chave: Doença mental; Assistência à saúde mental; Estratégia saúde da família.

INTRODUÇÃO

A atenção em saúde mental no Brasil sofreu modificações e se reestruturou com o passar das décadas, principalmente com o advento da reforma psiquiátrica brasileira. O olhar para a loucura data desde o período colonial no Brasil, um período em que o Estado sofria forte influência da igreja, onde havia o controle das pessoas na época consideradas "loucas" onde seguiam o perfil da exclusão dessa população que sofria problemas psíquicos.

No período da República, graças a um movimento da classe médica, houve uma mudança de perspectiva e a loucura foi transformada em doença mental. Neste período foram inauguradas as "Colônias" em que ofertavam cuidados a essa população. E nas décadas seguintes, sucedeu-se uma superlotação das instituições e consequentemente a precarização da atenção.

Em 1970, em meio ao regime militar, manifestaram-se movimentos pró reforma que eram pautados na luta por direitos, questionando as políticas públicas para a atenção à saúde mental e um reconhecimento da necessidade de integrar a saúde mental a saúde pública. Logo, em 1980, houve um fortalecimento dos movimentos sanitários e psiquiátricos com a perspectiva da redemocratização do país, baseados em princípios que norteiam até os dias atuais: universalização do atendimento, descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços.

Em 1988, numa conjuntura nacional, proclamou-se a nova constituição brasileira, onde se intitula que a saúde é dever do Estado e direito de todos por meio de políticas sociais e econômicas, onde consta a criação do SUS - Sistema Único de Saúde que veio a ser regulamentado em 1990, pela lei Orgânica da Saúde 8080/1990 (BRASIL, 1990).

Com o advento dos diversos movimentos envolvendo as políticas de saúde, a atenção à

saúde mental sobrevém a desenvolver um modelo hegemônico de saúde mental, que articule campos como assistência social, cultura e educação. A ideia é justamente integralizar as ações de saúde mental à atenção em saúde visando a substituição do modelo manicomial.

Em 2001, a saúde é municipalizada para as UBS/PSF e a saúde mental na atenção básica, consolidando a substituição dos manicômios, enfatizando a importância do cuidado em saúde mental para além dos hospitais psiquiátricos. E em 2002 com a portaria GM 336/02 foi encabeçada a implantação dos CAPS-Centros de Atenção Psicossocial, de acordo a população e especificidades do público, a ideia era de ofertar uma rede de cuidado pautado no exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002). E desde então os ambulatórios de saúde mental se reestruturaram com o propósito de se constituírem CAPS.

Em meados de 2008, os municípios implantaram os NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família formado por uma equipe multiprofissional desenvolvendo ações em saúde das equipes de família e entre elas ações voltadas para a saúde mental e com o objetivo de integrar as RAPS com o intuito de reinserir socialmente o indivíduo em sofrimento psíquico novamente a sociedade. Com o passar dos anos, e com as ações do ministério público fomentando a atenção em saúde mental houve o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos e abertura dos novos CAPS e Unidade de acolhimento.

Diante da desinstitucionalização da loucura, com a redução dos leitos psiquiátricos hospitalares e o fortalecimento da rede de cuidados na comunidade, a ESF tornou-se um espaço importante para a realização de ações de saúde mental. Devido ao seu poder de inserção no território, a longitudinalidade do cuidado como diretriz e por desenvolver inúmeras práticas que auxiliam na manutenção da saúde men-

tal, como atividades educativas, atividades em grupo, consultas médicas, visitas domiciliares, elaboração de projetos terapêuticos, organização e ordenação do cuidado diante dos serviços de saúde, dentre outras. Além dessas características, a ESF é um cenário generalista, livre do estigma que contribui para o afastamento daqueles que necessitam de cuidados em saúde mental, comumente associado às instituições psiquiátricas clássicas (BRUZONI *et al.*, 2019).

No entanto, apesar de todas as suas potencialidades, percebe-se que a longitudinalidade do cuidado não está consolidada na atenção à saúde mental ofertada pela ESF (BRUZONI *et al.*, 2019).

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. 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 perpetrado por profissionais e sociedade, o que implica em um entendimento equivocado sobre o processo saúde-doença mental (BARROS *et al.*, 2019)

Atualmente, estima-se que os transtornos mentais são responsáveis por até 30% da carga de doenças não fatais e até 10% da carga total de doenças no mundo, esses dados são alarmantes quando notamos o impacto significativo que causam na saúde pública e resultam em elevadas taxas de mortalidade entre pessoas convivendo nessas condições. E de acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015), o enfrentamento da diferença de mortalidade dos

portadores de transtornos mentais é um dos desafios do milênio, e entre as ações em que a OMS recomenda para o enfrentamento deste problema está o desenvolvimento do cuidado em saúde mental na atenção básica promovendo atividades de promoção que reabilitam o indivíduo e o reinserem na sociedade (WHO, 2015).

Essa expansão dos serviços comunitários de saúde mental ocorreu de forma desigual e fica evidente que alguns municípios ainda possuem desafios enormes quando se trata da atenção em saúde mental no Brasil, e traz consigo grandes desafios no tocante Saúde mental e SUS seja quanto ao funcionamento, financiamento e até a própria assistência ao indivíduo que sofre de doenças psíquicas.

Nesse sentido, este artigo tem o objetivo de buscar analisar as evidências científicas relacionadas a assistência ao paciente com adoecimento mental na estratégia saúde da família que permeia o campo da saúde mental brasileira.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa. Este método possibilita sumarizar as pesquisas publicadas e obter conclusões a partir da pergunta norteadora. Uma revisão integrativa bem realizada exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários (MENDES *et al.*, 2008).

A Revisão Integrativa da Literatura é a mais ampla abordagem metodológica dentre as revisões, visto que permite a utilização de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão mais completa do fenômeno analisado (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Este estudo foi operacionalizado por meio de seis etapas as quais estão estreitamente interligadas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crí-

tica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA *et al.*, 2010).

Para formular a questão de pesquisa da revisão, utilizou-se a estratégia PICO Onde o P é paciente com adoecimento mental, I assistência e Co – estratégia saúde da família. Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: Quais as evidências científicas relacionadas a assistência ao paciente com adoecimento mental na estratégia saúde da família?

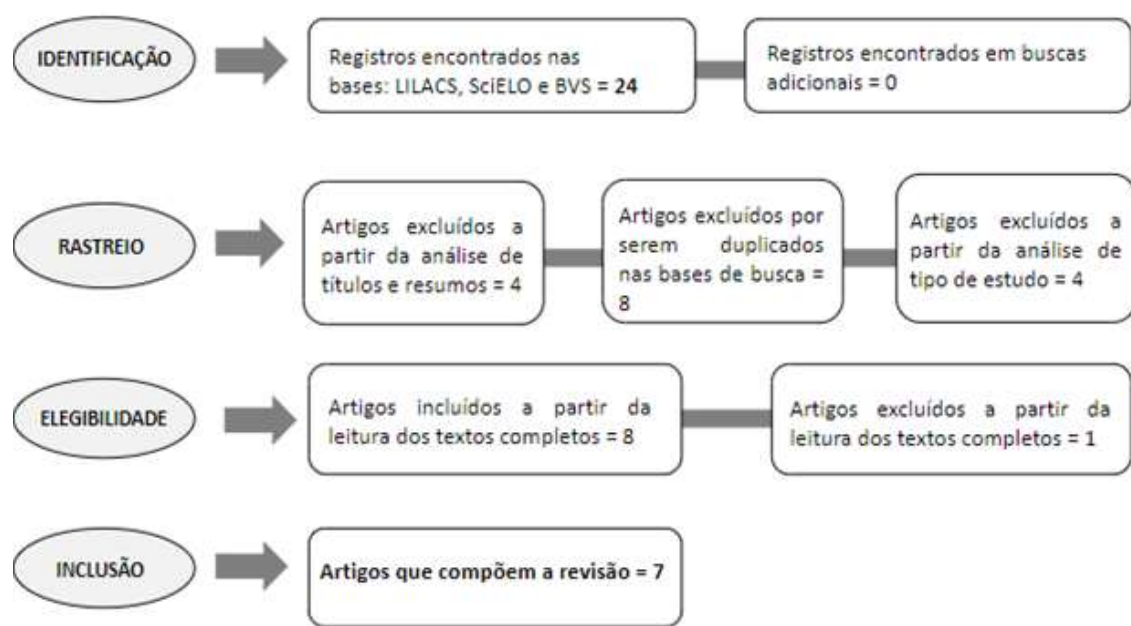
A busca na literatura foi realizada nas bases de dados LILACS, SciELO e Portal regional da BVS, utilizando-se a combinação de descritores controlados, aqueles estruturados e organizados para facilitar o acesso à informação cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) “Doença Mental” AND “Assistência à saúde Mental” AND “Estratégia Saúde da Família” e MESH “*Mental Disorders*” AND “*Mental Health Assistance*” AND “*Family Health Strategy*”.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos científicos que contemplassem a temática, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol no período de 2016 a 2021, a busca foi limitada para busca de artigos dos últimos 5 anos, para fins de confiabilidade.

A partir da combinação dos descritores foram obtidos no total de vinte e quatro estudos. Numa avaliação inicial por meio dos resumos, verificou-se que quatro estavam fora do recorte temporal e utilizei como critério de exclusão os artigos em que se encontravam duplicados nas bases de busca, por tipo de estudo epidemiológico e títulos e textos que não eram pertinentes a questão central da revisão, portanto, dezessete artigos foram excluídos. Sendo possível selecionar sete artigos para compor a amostra final desta revisão integrativa da literatura.

A **Figura 4.1** apresenta o fluxograma concernente ao processo de seleção dos artigos que compõem este estudo:

Figura 4.1 Fluxograma de amostragem da revisão integrativa, Bahia, 2021



A análise dos dados foi realizada de forma descritiva. Os estudos foram reunidos em quatro grupos: identificação, rastreamento, elegibilidade

e inclusão, que permitiu avaliar os níveis de evidências, bem como identificar a necessidade de investigações futuras acerca da temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para esta revisão, foram encontrados sete artigos que relatam sobre a Assistência ao paciente com adoecimento mental na Estratégia Saúde da Família. Todos os títulos e resumos foram revisados e, em seguida, foram lidos na íntegra para checagem de elegibilidade.

O processo de seleção dos artigos incluídos foi realizado a partir dos critérios como: identificação das duplicatas entre as bases; leitura dos títulos e resumos; tipo de estudo epidemiológico; e análise dos artigos na íntegra para responder à pergunta norteadora da revisão; apresenta-se a seguir o resultado das buscas, conforme demonstra no **Quadro 4.1**.

Quadro 4.1 Artigos selecionados, Bahia, 2021

Ano de publicação	Título	Autores	Tipo de pesquisa	Ideia central	Nível de Evidência
2016	Concepções e intervenções em saúde mental na ótica de profissionais da Estratégia Saúde da Família	DRECHER <i>et al.</i>	Artigo/ Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	Compreender as percepções de profissionais da saúde vinculados às Estratégias de Saúde da Família sobre doença mental e acerca do atendimento a pessoas em sofrimento psíquico.	4
2017	A educação permanente como ferramenta de transformação na assistência em saúde mental de um centro de saúde da família	BELAID <i>et al.</i>	Artigo/Relato de Experiência	Desenvolver uma atividade de Educação Permanente (EP) em um Centro de Saúde da Família (CSF) em Sobral (CE) visando uma melhoria na assistência aos usuários em sofrimento psíquico.	2
2019	Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica	BRUNOZI <i>et al.</i>	Artigo/Pesquisa Convergente Assistencial de abordagem qualitativa	Compreender a percepção de usuários da atenção básica diante do sofrimento mental e da participação em um grupo terapêutico de convivência.	4
2019	Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família	FERREIRA <i>et al.</i>	Artigo/Pesquisa qualitativa com abordagem interpretativa	Conhecer como os profissionais de uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) lidam com as demandas relacionadas ao tema do suicídio.	4
2020	A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental	PEREIRA <i>et al.</i>	Artigo/ Estudo de prevalência uma pesquisa transversal qualitativa	Conhecer a percepção e a prática dos profissionais sobre a Saúde Mental na APS para contribuir no esclarecimento das dificuldades percebidas.	4
2020	Processo de trabalho e fluxo de atendimento em saúde mental na Atenção Primária a Saúde	CARDOSO <i>et al.</i>	Artigo/ Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Conhecer o processo de trabalho e o fluxo de atendimento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.	4
2019	Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde	BARROS <i>et al.</i>	Artigo/Estudo qualitativo, de referencial teórico marxista e método dialético	Analisar percepções da equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o processo saúde-doença mental.	4

A princípio, o **Quadro 4.1** foi elaborado para ilustrar o título dos artigos, o ano de publicação, o tipo de pesquisa, autores, ideia central do artigo e nível de evidência; O nível de evidência científica determina o grau de validade de um estudo epidemiológico, foi utilizada a classificação baseada na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América de 1998, que faz uma classificação em seis níveis de evidência científica. nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados.

Em que o nível 1 refere-se a metanálise de múltiplos estudos controlados; o nível 2, ao estudo individual com delineamento experimental; o nível 3, sobre o estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; o nível 4, refere-se ao estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; o nível 5, sobre o relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; e o nível 6, a opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas. Dentre os sete artigos selecionados, seis se classificam na categoria de nível 4 de evidência científica, e apenas um artigo se classificou no nível 2 de evidência científica.

Entre os achados do presente estudo, a assistência do paciente com adoecimento mental, na estratégia da saúde da família, se configura como um desafio para os profissionais da saúde, pois esses não encontram instruções de como lidar com esse perfil de paciente. Desse modo, se faz necessários que os princípios da reforma psiquiátrica sejam atingidos, para isso deve-se haver uma ampliação das discussões entre os

profissionais da área, a fins do fortalecimento do vínculo e da corresponsabilidade entre os profissionais, que é de extremamente importância para que o propósito da Estratégia saúde da família seja alcançado.

Segundo Drescher *et al.* (2016), ao analisar as falas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação à concepção que possuem acerca de doença mental, percebe-se que eles associam esta enfermidade como um estado de sofrimento vivido pelo usuário e que atinge todos os membros da família. Com isso, a dificuldade enfrentada pelo profissional da saúde ao realizar intervenções em saúde mental sem o apoio de trabalhadores dessa área, mesmo estes profissionais vinculados à Estratégia da Saúde da Família, durante os seus cursos de formação, tiveram conteúdos que abordassem as questões relativas ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

Desse modo há uma deficiência na assistência ao profissional, um relativo déficit acadêmico, falta de atualização e treinamentos, falta de identificação do profissional com a saúde mental e o excesso de responsabilidades entre outros, gera uma ineficiência do atendimento às pessoas em sofrimento psíquico.

Outro fator que afeta diretamente no manejo do paciente com adoecimento mental, é pôr os membros da equipe não possuírem clareza acerca de suas atribuições. De acordo com Pereira *et al.* (2020), esse fator aparece por condicionar o cuidado apenas ao médico, abstendo-se os demais funcionários. O mesmo autor, evidenciou a dificuldade no estabelecimento de vínculo com a comunidade, pois os trabalhadores percebem que não atuam com programas ou processos de trabalho específicos para a saúde mental, mesmo compreendendo a importância para seu território.

Em vista disso, nota-se barreiras no estabelecimento de laço efetivo de comunicação, nas

quais os profissionais mostraram dificuldade no contato direto com usuários com necessidades relativas à saúde mental, sendo tal contato muitas vezes limitado aos familiares. 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.

Foi discutido também em Drescher *et al.* (2016) que profissionais relacionam a doença mental com a infração de regras sociais e a fuga dos padrões de normalidade. Considerando-se que normalidade é um critério pouco utilizado para definir a presença de doença mental. Pois a sociedade atual é uma conjuntura de diferentes culturas, que inferem no modelo como o indivíduo vive e em seus costumes.

A integralidade entre saúde mental e estratégia saúde da família, se faz importante por contribuir para a redução do estigma devido a um panorama mais generalista e integrado desses serviços, abordando de maneira prática e retratando intervenções implementadas no contexto da Estratégia saúde da família.

Além disso, pela configuração da ESF alguns avanços são percebidos quando se trata de instrumentos de trabalho, como: uso do território, vínculo com o paciente e a visita domiciliar. No entanto, no que se refere a nova Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT n°. 32/2017 e Portaria n°. 3.088/2011) é percebido uma cominação de retrocesso do que se havia conquistado deturpando princípios de universalidade, equidade e integralidade e reforço a privatização de serviços públicos. Também beneficia a desvinculação das equipes dos territórios e vitupera pessoas em vulnerabilidade social (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

Há ações no ESF que necessita de matriciamento por não conter conhecimento para intervir. Realizando ações conjuntas com o NASF. Os RAPS que é uma subdivisão da Rede de

Atenção à Saúde RAS, que visa a assistência ao paciente com adoecimento mental. Além disso, os profissionais alegam que a rede é frágil, por não oferecer suporte para crises e não entendem o funcionamento.

No Estado da Bahia com uma população estimada em até 14 milhões de habitantes e conta com 77% de cobertura populacional de ESF (BRASIL, 2021). E além de serem insuficientes, as equipes não estão completas, a partir disso gera uma diferença entre a quantidade de oferta e de demanda, o que provoca a demora no acesso ao serviço, tornando difícil a realização de forma eficiente, o que se sugere frente da sobrecarga de trabalho.

Ao falar sobre a oferta e demanda, resgata-se a questão de vulnerabilidade social do território adscrito à unidade. Por exemplo, quando um paciente avaliado com alto risco de suicídio é acolhido na unidade, e o matriciamento não é adequada onde não ocorre a união essencial entre Atenção Básica e Saúde Mental não há uma boa referência e contrarreferência, pois é necessário um atendimento mais específico. Contudo, o encaminhamento para essa emergência nem sempre se cumpre.

O tema do suicídio, assim como em outros casos com problemáticas de saúde mental, alojam os profissionais frente ao que não está incluído nos protocolos existentes, a fatores que não respondem diretamente a técnicas utilizadas para o tratamento de outras doenças específicas.

Esta sensação de incapacidade pode ocorrer devido à falta de conhecimentos sobre o manejo de casos que abrangem o tema suicídio. Segundo Ferreira *et al.* (2019) a ideia de que o profissional precisa fazer ou falar algo se sobrepõe à possibilidade de apenas escutar de forma acolhedora. Ao tomar a demanda como problemas dos quais se infere quais são as soluções, e que essas soluções são o que o paciente precisa,

o profissional entra em um tipo de imobilidade por não poder oferecer o que se imagina ser necessário. Entretanto, talvez não se tenha conseguido compreender o que, de fato, o paciente precisa naquele momento. Em situações de crise, muitas vezes a escuta de um profissional pode ser o bastante, pois há um valor terapêutico em deixar que o paciente se expresse livremente.

Dessa forma, fica evidente o certo nível de despreparo dos profissionais, sobre o manejo da demanda relacionada com o tema do suicídio e até outras demandas relacionadas a pacientes que possuem diagnóstico de doenças psíquica, pois fica evidente, a falta de formação específica sobre o assunto, tanto anterior à entrada, quanto também à ausência de ações de educação permanente no próprio serviço.

CONCLUSÃO

Dentre as produções científicas pesquisadas, mostra-se que há diversas fragilidades na atenção ao usuário em sofrimento psíquico nas Unidades Estratégia da Saúde da Família, e os principais fatores que vem interferindo negativamente na assistência em saúde mental ocorre, devido ao pouco conhecimento e capacitação dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família. Neste contexto, fica evidente a importância de maiores investimentos em qualificação profissional para o atendimento em saúde mental, uma vez que a atenção básica se

constitui na porta de entrada dos serviços de saúde e o primeiro atendimento e o acompanhamento aos usuários que sofrem mentalmente devem ser feitos nessa modalidade de atenção.

Há também o estigma relacionado ao adoecimento mental, que é um problema persistente, e se torna um obstáculo para que as pessoas procurem ajuda ou tratamento adequado para e caso, quando procuram um atendimento ainda há um status de tabu que dificulta que o paciente fale abertamente, criando um obstáculo para que os profissionais atuem de forma mais incisiva para a continuidade do tratamento e um correto matriciamento na Atenção Básica, com uma articulação harmoniosa entre diferentes serviços e profissionais que tem por objetivo otimizar a comunicação entre os diferentes pontos de atenção, potencializando a troca de conhecimento e qualificando a equipe e ampliando sua resolutividade.

Portanto, conclui-se que essa insuficiência da rede, torna deficitária a qualidade do serviço, gerando uma demora no acesso ao serviço pela oferta e demanda, o que influi diretamente no tratamento do paciente. Sendo assim, identificou-se que há ações que vão ao encontro do novo modelo, como as visitas domiciliares, o trabalho em rede com outros serviços e os grupos de socialização. No entanto, observa-se que mesmo com mudança do paradigma e no estigma social, ainda há ações baseadas no modelo psiquiátrico tradicional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, S. *et al.* Mental health in primary health care: health-disease according to health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. São Paulo, v. 72, n. 6, p. 1609, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>.
- BELAID, C.B. *et al.* A educação permanente como ferramenta de transformação na assistência em saúde mental de um centro de saúde da família. *Saúde em Rede*. Ceará, v. 3, n. 3, p. 284, 2017. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n3p284-292>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cobertura da atenção básica. E-Gestor, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 13 de nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 13 de nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 de nov. 2023.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, v. 128, n. 182, p. 18055, 1990. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Lei_n__8_080_de_19_de_setembro_de_1990_1/295. Acesso em: 13 de nov. 2023.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html. Acesso em: 13 de nov. 2023.
- BRUNOZI, N.A. *et al.* Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Mato Grosso, v. 40, p. e20190008, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190008>.
- CARDOSO, L.C.B. *et al.* Processo de trabalho e fluxo de atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Paraná, v. 29, p. e20190191, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0191>.
- DRESCHER, A. *et al.* Concepções e intervenções em saúde mental na ótica de profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UFPE online*. Pernambuco, ed.1004 n.4; p. 3548, 2016. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11129p3548-3559-2016>.
- FERREIRA, G.S. *et al.* Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 29 n. 4, p. e290413, 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290413>.
- MENDES, K.D.S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.17, n. 4, p. 758, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- PEREIRA, R.M.P. *et al.* A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. *Interface comunicação, saúde, educação*. Botucatu, v. 24, p. e190664, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.1906>.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102, 2010.
- TEIXEIRA, E. *et al.* Integrative literature review step-by-step & convergences with other methods of review. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 2, n. 5, p. 23, 2013. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v2i5.1457>.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global mental health: how are we doing, 2015. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/interactive_infographic_2015.pdf?ua=1. Acessado em 13 nov. 2023.