



17º Congresso Nacional de Iniciação Científica

TÍTULO: CUIDADOS COM AS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

CATEGORIA: CONCLUÍDO

ÁREA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

SUBÁREA: ENFERMAGEM

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE FRANCA

AUTOR(ES): FERNANDA SOLIM

ORIENTADOR(ES): GLÓRIA LÚCIA ALVES FIGUEIREDO

Realização:



Apoio:



Introdução

Transtorno mental pode ser caracterizado como uma perturbação clinicamente significativa na percepção do que é real, no controle emocional ou no comportamento de uma pessoa. Tal perturbação resulta em uma desordem na área psicológica, biológica ou de desenvolvimento relacionados ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão comumente ligados a algum sofrimento ou incapacidade significativos que afetam desde atividades sociais cotidianas até atividades profissionais ou outras (1).

Em crianças e adolescentes a ocorrência do transtorno mental é complexa, podendo ser debilitante tanto para a criança quanto para a família. O grau de vulnerabilidade da criança portadora de doença mental se altera com o decorrer do tempo, mas a presença de fatores ambientais positivos como um ambiente escolar saudável e o ambiente doméstico poderá ajudar na sua adaptação (2,3).

De modo geral, os transtornos mentais que acometem crianças estão classificados em retardo mental; transtornos invasivos do desenvolvimento (transtorno autista, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger); enurese (incontinência urinária) e encoprese (incontinência fecal) não orgânicas; transtornos de aprendizagem e da comunicação; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; transtorno desafiador e de oposição; transtorno de conduta, tiques e síndrome de Tourette; e transtorno de ansiedade de separação (2).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) realizou um levantamento em 142 municípios no ano de 2008 para analisar a saúde mental das crianças e dos adolescentes brasileiros. Segundo a pesquisa 12,6% das mães relataram ter um filho com sintomas de transtorno mental grave, a ponto de precisar de tratamento especializado. Esse número equivale a aproximadamente 5 milhões de crianças e adolescentes. Mais de 8,7% das crianças e adolescentes pesquisados apresentaram sinais de hiperatividade ou desatenção; 7,8% apresentaram sintomas correspondentes a um transtorno de aprendizagem (dificuldade com leitura, escrita e contas); 6,7% apresentaram sintomas de irritabilidade e comportamentos desafiadores e 6,4% dificuldade de compreensão e atraso em relação a outras crianças e adolescentes da mesma idade. Ressalta-se que a maior parte das crianças e adolescentes participantes dessa pesquisa apresentaram sintomas para mais de um transtorno mental (4).

Com relação aos transtornos de ansiedade, dessa mesma pesquisa, 5,9% das crianças apresentaram ansiedade importante com a separação da figura de apego, 4,2% em situações de exposição social e 3,9% em atividades cotidianas como deveres da escola e a

saúde dos pais. Lembrando ainda que aproximadamente 4,2% das crianças e adolescentes pesquisados apresentaram sinais importantes de depressão (4).

O modelo de atenção aos portadores de transtorno mental no país passou por um redirecionamento com a Reforma Psiquiátrica. Iniciado na década de 70 foi caracterizado como a transição do modelo de tratamento hospitalocêntrico para o modelo de tratamento psicossocial e tinha como principais objetivos reduzir o número de internações psiquiátricas, mantendo-os próximo ao seio familiar e em contato com a sociedade. Para tanto, fez-se necessário uma mudança na rede de atenção primária em saúde mental, os serviços deveriam adotar princípios de apoio e orientação nos momentos de crise, fortalecimento dos vínculos entre portador, família e comunidade, e auxiliar na aceitação e reinserção do portador do transtorno mental (5).

No Brasil, a porta de entrada para o sistema de saúde da população, inclusive o atendimento à saúde mental é a Atenção Primária à Saúde (APS). Evidencia-se, que a maioria das crianças e adolescentes não vem recebendo cuidados adequados, ou mesmo não contam com acesso aos serviços ou ação de saúde mental compatível com suas necessidades. Não é raro mães, pais, avós ou cuidadores trazerem crianças e adolescentes nas unidades de saúde com queixas relacionadas à saúde mental, e esse cuidado não ser compreendido como tal pelos profissionais que atuam nesses serviços. Contudo, mesmo que as situações de conflito familiar ou grupal configurem entre as principais queixas para o acesso aos serviços, os profissionais de saúde não têm demonstrando preparo e segurança na condução dessas demandas. Acolher o familiar e ofertar possibilidades de apoio poderia ajudá-los a lidarem com os conflitos diários da convivência com o portador de transtorno mental (5).

O provimento do cuidado doméstico à pessoa com sofrimento psíquico é um trabalho complexo, historicamente retirado da família, atualmente encoraja-se o cuidado e o convívio no interior das famílias. Verifica-se que a principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental de 1999, inspirada na reforma psiquiátrica brasileira, consiste na desospitalização gradual e planejada concomitantemente à implantação de serviços e ações de base comunitária, no âmbito da APS (5).

A confirmação do diagnóstico de transtorno mental a um membro altera a dinâmica familiar. Nos casos em que o portador do transtorno é uma criança ou adolescente, a família precisará de apoio e cuidados específicos por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento. Partindo do pressuposto de que os responsáveis por essas crianças enfrentam sistematicamente alta sobrecarga emocional esse estudo se justifica, uma vez que haverá necessidade de profissionais de enfermagem atualizados, competentes e habilitados nos cuidados com essas famílias (5,6).

Nesse estudo, adotou-se o seguinte conceito de família, um grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco, sanguíneo ou não, que dividem relações de cuidado, proteção e socialização, que estabelecem vínculos afetivos e de convivência, direcionados por valores sociais, econômicos e culturais predominantes que residem em um mesmo domicílio. Podem-se considerar ainda como família, unidades domiciliares com, pelo menos, dois residentes (6).

Esse estudo teve como objetivo identificar na produção literária da enfermagem estudos acerca da temática transtorno mental enfrentado por famílias de crianças e adolescentes, buscando trazer subsídios para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica. Este tipo de revisão busca a atualização de conhecimentos para uma nova tomada de posição. A partir da delimitação do tema e do objetivo, procedeu-se a busca em fontes secundárias e nos meios eletrônicos. Em seguida, procederam-se a leitura, seleção, análise e interpretação dos documentos, com vistas ao tema focalizado (7).

Como fontes secundárias utilizaram-se os livros disponibilizados na biblioteca da Universidade de Franca e documentos levantados em sítios da rede mundial de computadores. Utilizaram-se os seguintes descritores: Saúde mental; Família; e Enfermagem psiquiátrica. A busca se deu a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e foram encontradas 748 produções. Após aplicação dos critérios de inclusão: textos completos disponíveis; formato de artigo; língua inglesa, portuguesa e espanhola e publicada entre 2011 e 2015, obteve-se um resultado de 121 artigos. Após leitura, foram excluídos 24 artigos por serem repetidos, 79 por não atenderem ao objetivo proposto, totalizando 18 artigos.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a classificação por eixos temáticos, possibilitando uma visão panorâmica sobre a produção científica acerca dos cuidados de enfermagem e famílias de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais.

Desenvolvimento

Após leitura do material os artigos foram classificados em dois eixos temáticos. O primeiro foi o Convívio familiar, encontrado em publicações nacionais. O segundo eixo, APS e o cuidado em saúde mental. Na literatura levantada, identificou-se predomínio da produção de enfermagem voltada aos cuidados desenvolvidos nos serviços de saúde em detrimento aos cuidados no domicílio.

Quando uma criança ou adolescente é diagnosticado como portador de um transtorno mental dá-se início a uma fase de adaptação à doença, permeada pela falta de preparo e orientação, e que exige mudanças na rotina da família e no relacionamento entre seus membros para que haja um melhor convívio com a pessoa doente. Dentre as principais mudanças no cotidiano familiar podem-se citar alterações na rotina de sono, prejuízos ao trabalho e, conseqüentemente à situação financeira, a necessidade de administrar medicamentos e realizar higiene corporal do doente, e a sobrecarga física e psicológica do cuidador principal (9).

No convívio com a criança ou adolescente portador do transtorno mental, um turbilhão de emoções vem à tona para toda a família, dentre eles a culpa, na busca de algum erro do passado que justificaria o surgimento do transtorno, o constrangimento, a dor, a tristeza e o medo. Especialmente, em situações de crise agressiva, que passam a não responder por seus próprios atos, mantendo toda a família em estado de alerta. Além da insegurança, o medo dificulta aceitação do doente na família e na sociedade, pois há sempre o receio de novas recaídas e de comportamentos antissociais (10).

Segundo estudos, nota-se que o portador de transtorno mental, muitas vezes, deixa de participar das atividades em família por motivos de medo de se expor e não ser compreendido. Por outro lado, existem casos em que a família é a responsável pela retirada do direito à opinião do doente, por acreditar que o mesmo não tenha condições mentais de tomar decisões em decorrência da sintomatologia da doença. São comportamentos que levam ao sofrimento afetivo e à concepção preconceituosa que carregam o modelo hospitalocêntrico, marcado pela discriminação social. (10,11).

O cuidado em saúde mental é complexo, desde a aceitação do diagnóstico já existe uma grande dificuldade, devido ao fato de o mesmo não ser comprovado por exames (laboratoriais, eletroencefalogramas ou outros) e, também, pelo desconhecimento da doença e de seu prognóstico. Relativo ao tratamento medicamentoso, a adesão é prejudicada uma vez que o abandonam assim que os sintomas diminuem ou desaparecem. O abandono à medicação aumenta a susceptibilidade de crises e recaídas (9).

O cuidado prestado à criança e adolescente portador de transtorno mental, se mal administrado, poderá tornar-se uma fonte de estresse físico e mental para o cuidador por demandar, na maioria das vezes, de cuidado constante. A sobrecarga gerada pode ser descrita como uma fase de adaptações e mudanças negativas para o cuidador, caracterizada por acúmulos de responsabilidades, aumento de gastos e adiamento de planos pessoais. Além disso, muitos dos cuidadores sofrem com a possibilidade de sua ausência, devido à idade já avançada, para o cuidado do paciente com transtorno mental (10-12).

Para que a sobrecarga emocional e física do cuidador familiar seja efetivamente diminuída seria fundamental que os profissionais de enfermagem acolhessem esses

familiares favorecendo espaços para compartilharem angústias, sofrimentos e desconhecimentos relativos ao transtorno mental. Essa abordagem poderia auxiliar o familiar quanto à gestão da vida cotidiana e quanto ao estabelecimento de estratégias de cuidado do sofrimento psíquico (13).

No estudo de Cardoso e Galera (2011), a participação ativa da família no cuidado de um portador de transtorno mental tem papel determinante na eficiência do tratamento. Entende-se que o lar é o espaço onde eles sentem-se mais seguros e, se a família receber as devidas orientações e suporte dos serviços de saúde, os mesmos conseguirão manter uma boa qualidade de vida e, na maioria dos casos, certa estabilidade da patologia (14).

O cuidador pode ser caracterizado como a pessoa, familiar ou não, a qual cuida do portador em sofrimento mental, auxiliando na realização de atividades diárias, com ou sem remuneração. São divididos em dois grupos, os cuidadores formais, representados por profissionais da saúde, e os cuidadores informais, representados, na maioria das vezes, por familiares do sexo feminino, pouco assistidos pelos serviços de saúde e não remunerados (10).

APS e o cuidado em saúde mental

Quanto à desinstitucionalização de pacientes com transtorno mental, a família é considerada peça chave no cuidado e no plano terapêutico de cada um dos seus entes. Com isso, entende-se que seja necessária uma reorganização dos serviços de saúde e uma melhor capacitação para os profissionais dessa área para que o cuidado com a família possa ser ampliado (15).

O tratamento medicamentoso, que antes era considerado a principal necessidade do paciente em sofrimento mental, no processo de reestruturação proposto pela reforma psiquiátrica os hospitais psiquiátricos têm deixado de ser a principal ferramenta do serviço assistencial, dando lugar aos serviços extra hospitalares. No Brasil, os serviços substitutivos estão representados pelo centro de atenção psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Ambulatório de Saúde Mental, as Comunidades Terapêuticas, as Casas de Acolhimento Transitório, entre outros (9,16).

Os CAPS são componentes da rede de serviço de saúde que oferecem apoio em saúde mental e sua criação pode ser relacionada à adequação do modelo psicossocial no cuidado psiquiátrico. Tem como objetivo atender uma população de uma área pré-determinada, com acompanhamento clínico, realizar campanhas, atividades de alfabetização, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, e desenvolver programas para orientação e reinserção social dos usuários para o acesso ao trabalho, lazer e o exercício dos direitos civis. O atendimento é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, e deve criar um projeto

terapêutico individual para cada paciente, que vai muito além do tratamento medicamentoso. Além disso, as equipes dos CAPS também são responsáveis por realizar o acolhimento e tratamento da família dos pacientes com transtorno mental, auxiliando na reestruturação emocional e prestando atendimentos específicos nas situações em que se fizerem necessárias (17-19).

Para que os tratamentos em saúde mental implantados pelo CAPS tenham um bom desenvolvimento, faz-se necessário que, na mesma área em que se encontra o serviço de saúde estejam localizados também edifícios de convívio social dos usuários atendidos como igrejas, escolas, associações, e trabalho, para que não se perca o laço social e familiar dos mesmos (18).

No País, o serviço de saúde que atua mais próximo à comunidade são as equipes da estratégia saúde da família (ESF). Em suas atividades os profissionais buscam reconhecer os portadores de saúde mental de sua área de abrangência, levantar necessidades, e proceder com os atendimentos necessários. As equipes têm o CAPS como apoio para o seguimento e cuidados com os portadores (20-22).

Uma das modalidades de atenção à saúde que auxilia e norteia o trabalho da equipe da ESF é a visita domiciliar realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por meio das visitas torna-se possível a identificação do número de portadores de transtornos mentais da área de abrangência. Além disso, a criação de vínculos com as famílias propicia o conhecimento do seu contexto ambiental e familiar (20,22).

A partir desse reconhecimento, diferentes ações são implantadas, tais como o acompanhamento do uso de medicações, esclarecimento de dúvidas familiares sobre o transtorno mental e o comportamento do paciente, encaminhamento para reavaliação médica, além do fortalecimento do vínculo entre os usuários, os familiares e as equipes da ESF (20-22).

Além da ESF, o SRT atua como serviço substitutivo ao modelo de internação compulsiva, acolhendo pacientes portadores de transtornos mentais que não contam com o auxílio de familiares no tratamento e pacientes que não possuem autonomia para viverem sozinhos. Os mesmos são levados às moradias do SRT que, além dos cuidados básicos de saúde, oferecem também uma chance de reinserção na sociedade, por meio do convívio e da participação em movimentos sociais (16).

Caberia aos profissionais dos serviços extra hospitalares, especialmente da APS, encontros esclarecedores às famílias a respeito da saúde mental, buscando assim a colaboração para o tratamento desinstitucionalizado, minimizando o sofrimento mental, contribuindo para inserção social e garantindo o direito de serem ouvidos e de opinarem nas questões de relevância em seu contexto familiar. Nesse sentido, a equipe de enfermagem que atua na APS, com o apoio do CAPS, poderia contribuir na criação e manutenção dos

chamados “grupos psicoeducacionais” que são compostos por familiares de vários pacientes, nesses encontros poderiam ser discutidos temas relacionados à saúde mental e também o cotidiano dessas famílias, estabelecendo nesses espaços e momentos relações cuidadoras entre família e equipes (11,13).

Para melhor funcionamento dos serviços públicos de saúde faz-se necessário um maior investimento nas políticas públicas de saúde, capacitação para os profissionais que atuam nessa área, e melhor interação entre os serviços do sistema. O matriciamento poderia ser uma alternativa. Essa modalidade de trabalho consiste em auxiliar a articulação entre CAPS e ESF, oferecendo assistência e suporte às equipes que fazem contato inicial com o paciente e a comunicação entre as equipes. Acredita-se que essa aproximação sistematizada aumentaria a troca de experiências e capacitação entre os profissionais que trabalham com os portadores de transtorno mental (23).

Contudo, nota-se ainda a falta de conhecimento e preparo dos profissionais que atuam na área da saúde mental, o que por vezes faz com que o modelo de tratamento hospitalocêntrico persista como opção de tratamento. Segundo estudos, muitos dos profissionais que atuam na área da saúde mental alegam não ter perfil para trabalhar com pacientes psiquiátricos e suas famílias, alguns devido a experiências traumatizantes como agressões, e outros devido ao preconceito com tais pacientes estabelecido pela sociedade (16,24).

Nota-se ainda que, após a reforma psiquiátrica foi implantada uma nova forma de tratar pacientes psiquiátricos, visando a desinstitucionalização do mesmo. Porém, em muitos casos os serviços de saúde não foram adequados para esse novo modelo, o que torna cada vez mais difícil a aplicação do mesmo. Como exemplo tem-se a dificuldade de utilização do serviço de suporte pré-hospitalar para encaminhamento de pacientes em crise e que não consentem com a internação. No modelo hospitalocêntrico era necessário que o paciente apresentasse sintomas e alterações de comportamento para que a internação fosse realizada, mesmo contra sua vontade, e após a mudança apresentada pela reforma psiquiátrica, esses parâmetros não foram revistos, dificultando o trabalho das equipes (24).

Outro problema que torna crítico o acompanhamento de pacientes com transtorno mental pelas equipes da atenção básica é a ausência de contra referência dos pacientes encaminhados para esses serviços. Nota-se que os serviços especializados como hospitais de atendimentos emergenciais e órgãos de internação psiquiátrica não dão o mínimo suporte às equipes das UBS/CAPS que darão continuidade ao tratamento iniciado. A falta de informações básicas como qual o transtorno que acomete o paciente, ou qual medicação o mesmo faz uso, impossibilita o desenvolvimento de um acompanhamento pós-internação eficiente (16,24).

De acordo com profissionais da área, o principal motivo de dificuldade no trabalho em psiquiatria é a falta de conhecimento, prática, e apoio para desenvolver ações que tenham impacto sobre o tratamento do paciente com transtorno mental e sua respectiva família. Com isso, o processo de adesão, recuperação e permanência dos portadores de transtornos mentais nos serviços de saúde, na maioria dos casos, é prejudicado (16,24).

Considerações finais

O transtorno mental ainda é um estigma a ser enfrentado não só pelo setor da saúde, mas necessita do envolvimento de outros setores da sociedade. A falta de controle do comportamento do portador do transtorno é justamente o que o afasta do convívio social. Por vezes, a criança ou adolescente portador do transtorno mental apresenta resistência para realizar as tarefas cotidianas, sobrecarregando o cuidador familiar, pois passam a assumir essas tarefas, além da supervisão e do tratamento. Por outro lado, há casos em que a família é a própria responsável pela segregação, por não acreditarem que os mesmos tenham condições mentais para isso. Considera-se que os familiares sofrem uma alta carga de esgotamento físico e emocional e o apoio profissional poderá contribuir para a aceitação, melhora do transtorno mental e adesão à terapia medicamentosa. Essa modalidade de assistência encontra coerência com a proposta da ESF. No caso da equipe de enfermagem, verifica-se necessidade de preparo técnico, teórico, emocional e, sobretudo conhecimento do contexto em que vivem essas famílias. Contudo, o modelo psicossocial vigente e a estruturação dos serviços na APS para o atendimento do portador de transtorno mental ainda são um desafio para sociedade. Faz-se necessário mais estudos que envolvam os cuidados de enfermagem voltados às famílias de crianças e adolescentes com transtorno mental.

Fontes consultadas

- (1) Associação Brasileira de Psiquiatria. Dispõe sobre a quantidade de crianças que demonstram problemas mentais. Portal da Psiquiatria. [acesso em 12 mar 2016]. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/imprensa/pesquisa-abp/>.
- (2) Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília, v.1, n.34, p. 63, 2013. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.
- (3) Carvalho MB. Psiquiatria para a Enfermagem. São Paulo-SP: Rideel; 2012. 197-198.
- (4) DSM-V-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre-RS: Artmed; 2014. 20p.
- (5) Erwin EH, Colson CW. Disorders of children and adolescents. In: Carvalho, MB. Psiquiatria para a Enfermagem. São Paulo-SP: Rideel; 2012. 197p.
- (6) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociais mínimos. Rio de Janeiro: 2016. [acesso em 13 mar 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>.
- (7) Cervo A L, Bervian P A, Da Silva R. Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007. 60-89.
- (8) Vicente JB, Mariano PP, Buriola AA, et AL. 2013. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, 34(2), 54-61.
- (9) Bessa JB, Waidman MAP. 2013. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. Textocontexto–enfermagem, Florianópolis, 22(1), 61-70.
- (10) Cardoso L, Vieira MV, Ricci MAM, et al. 2012. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, 46(2), 513-517.
- (11) Brischiliari A, Waidman MAP. 2012. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, 16(1), 147-156.
- (12) Grandi AL, Waidman MAP. 2011. Convivência e rotina da família atendida em CAPS. Impr. Cienc. Cuid. Saude, Maringá, 10(4), 763-772.
- (13) Gomes MS, Mello R. 2012. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. Rev. Saúde Mental Álcool Drogas, Ribeirão Preto, 8(1), 2-8.
- (14) Cardoso L, Galera SAF. 2011. Mental health care today. Rev. Esc. Enfer. USP, São Paulo, 45(3), 687-91.

- (15) Oliveira RM, Furegato ARF. 2012. Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, 46(3), 618-625.
- (16) Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS. 2013. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Rev. Cuidado é fundamental Online, Rio de Janeiro*, 5(1), 3311-3322.
- (17) Borba LO, Guimarães AN, Mazza VA, et al. 2012. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*, 46(6), 1406-1414.
- (18) Azevedo DM, Miranda FAN. 2011. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery, Rio de Janeiro*, 15(2), 354-60.
- (19) Medeiros DA, Miranda FAN. 2011. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, 15(2), 339-345.
- (20) Correia VR, Barros S, Colvero LA. 2011. Mental health in primary health care: practices of the family health team. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*, 45(6), 1501-6.
- (21) Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Junior EFC, Barreto LA, Rosa LRS, Lima LL. 2014. Solvability of mental health care in the family health strategy: social representation of professionals and users. *Rev. Esc. Enferm. São Paulo*, 48(6), 1060-1066
- (22) Waidman MAP, Costa B, Paiano M. 2012. Percepções e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental. *Rev. Esc. Enferm. São Paulo*, 46(5), 1170-1177.
- (23) Azevedo DM, Guimarães FJ, Dantas JF, Rocha TM. 2014. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. *Rev. APS, Juiz de Fora*, 17(4), 537-543.
- (24) Pini JS, Waidman MAP. 2012. Fatores interferentes nas ações da equipe da estratégia saúde da família ao portador de transtorno mental. *Rev. Esc. Enferm. São Paulo*. 46(2), 372-379.