

# Potencialidades e fragilidades no itinerário de cuidado a pessoas em crise em saúde mental

**RESUMO** | Objetivo: compreender as potencialidades e fragilidades no atendimento às pessoas em situação de crise em saúde mental na percepção de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial. Método: pesquisa qualitativa, com abordagem exploratória, descritiva e retrospectiva, realizada com 628 trabalhadores de nível superior que atuam na Rede de Atenção à Saúde Mental. Os dados foram coletados entre março de 2014 e dezembro de 2015, e analisados entre março e dezembro de 2016 através da análise de conteúdo. Resultados: dentre as potencialidades destacam-se a atuação em redes no processo participativo na atenção à saúde mental e redes pessoais como empoderadoras dos trabalhadores. As fragilidades identificadas estavam relacionadas à frágil atuação clínica individual e coletiva, bem como o desafio de tornar concreto o atendimento em rede. Conclusão: O atendimento à crise em saúde mental se sustenta essencialmente no acolhimento e no estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde.

**Descritores:** Saúde Mental; Pessoal de Saúde; Serviços de Saúde Comunitária; Assistência integral a saúde.

**ABSTRACT** | Objective: to understand the potentialities and weaknesses in the care of people in crisis situation in mental health in the perception of professionals of the Network of Psychosocial Attention. Method: qualitative research, with an exploratory and descriptive approach, performed with 628 higher level workers who work in the Mental Health Care Network. Data were collected between March 2014 and December 2015, and analyzed through content analysis. Results: among the potentialities are the performance in networks in the participatory process in mental health care and personal networks as workers' empowerers. The fragilities identified were related to fragile individual and collective clinical performance, as well as the challenge of making network service concrete. Conclusion: Attention to the crisis in mental health is essentially based on welcoming and establishing a link between the user and the health service.

**Keywords:** Mental Health; Health Personnel; Community Health Services; Comprehensive Health Care.

**RESUMEN** | Objetivo: comprender las fortalezas y debilidades en la atención a personas en crisis de salud mental en la percepción de los profesionales de la Red de Atención Psicossocial. Método: investigación cualitativa, con abordaje exploratorio y descriptivo, realizada con 628 trabajadores de enseñanza superior que actúan en la Red de Atención a la Salud Mental. Los datos fueron recolectados entre marzo de 2014 y diciembre de 2015 y analizados a través del análisis de contenido. Resultados: entre las potencialidades se destaca la actuación en redes en el proceso participativo en la atención a la salud mental y las redes personales como empoderadoras de los trabajadores. Las debilidades identificadas se relacionaron con la frágil actuación clínica individual y colectiva, así como con el desafío de concretar el cuidado en red. Conclusión: La atención de la crisis de salud mental se basa esencialmente en acoger y establecer un vínculo entre el usuario y el servicio de salud.

**Palabras claves:** Salud mental; Personal sanitario; Servicios Comunitarios de Salud; Atención Integral de la Salud.

## Icaro Roberto Azevedo Picolli

Professor. Graduado em Enfermagem. Docente da Faculdade Senac Palhoça/SC. Doutorando em Administração pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).  
ORCID: 0000-0002-3958-6569

## Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Professora. Graduada em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Enfermagem.  
ORCID: 0000-0001-5935-8849

sidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).  
ORCID: 0000-0002-3557-0455

**Recebido em:** 07/10/2022  
**Aprovado em:** 12/11/2022

## Silvana Silveira Kempfer

Professora. Graduada em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Enfermagem.  
ORCID: 0000-0003-2950-9049

## Alessandra Antunes Catarina

Professora. Graduada em Enfermagem. Docente da Faculdade Senac Palhoça/SC. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.  
ORCID: 0000-0002-9244-3698

## INTRODUÇÃO

Os membros da equipe de enfermagem Brasileira é constituída por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros, com predominância neste cenário para o cargo técnico de enfermagem, conforme atualização das estatísticas do Conselho Regional de Enfermagem Santa Catarina (COREN-SC) de julho de

## Maria Terezinha Zeferino

Pesquisadora. Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem.  
ORCID: 0000-0003-0161-5931

## Tatiani Schmit

Professora. Graduada em Administração. Docente da Faculdade Senac Florianópolis/SC. Doutoranda em Administração pela Univer-

2022 que aponta que 66,57% da enfermagem é composta por técnicos<sup>(1)</sup>.

Pessoas com transtornos mentais continuam sendo estigmatizadas por apresentar comportamento disruptivo diante da sociedade e de seus fluxos e vivências que não se encaixam nos padrões da maioria das pessoas. Pode-se considerar estigma como um “atributo de descrédito social que degrada a pessoa que o carrega e que aparece devido à discrepância entre duas identidades”<sup>(1)</sup>, seja na identidade social virtual, bem como na identidade cultural. Compreende-se que as atitudes, os sentimentos, as crenças e os comportamentos são construídos a partir da vida e do viver de cada pessoa, por isso, a visão estereotipada pode gerar discriminação, de alguma maneira<sup>(1)</sup>.

Na tentativa de aproximar os serviços de atenção à saúde para atender a demanda da saúde mental, evidencia-se a necessidade de pensar em serviços que sejam estruturados de forma planejada e conectada de forma que possam transcender a assistência puramente epidemiológica, mas que reconheçam o indivíduo em sua complexidade. Nesse sentido, é preciso ir “além das medidas epidemiológicas tradicionais de incidência e taxas de prevalência para incluir parâmetros como a lacuna de tratamento, para avaliar necessidades não atendidas em psiquiatria”<sup>(2)</sup>. A perspectiva do trabalho em rede, bem como, a necessidade de criarmos estratégias que possam atender as demandas da população que busca os serviços de atenção psicossocial, talvez, possam responder a essas necessidades, tanto de ampliar a abrangência, bem como de atender as situações específicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS), na intenção de enfrentar as demandas em saúde mental, lançou um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2020, que objetiva ofertar serviços de saúde mental e sociais abrangentes, integrados e responsivos em comunidades configurações<sup>(2)</sup>.

O Modelo de Atenção à Saúde Mental é orientado pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como foco o indivíduo e sua demanda, enfatizan-

do a atenção comunitária e a participação social nas ações de planejamento e operacionalização dos serviços. Porém, a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Nessa perspectiva, as diretrizes de cuidado



Os profissionais que atuam na RAPS transitam em um contexto de complexidade e incertezas. É complexo, pois trata de seres humanos em atenção e cuidado em sua fragilidade. É incerto, pois, considera cada ser humano único e singular.



centram-se na ampliação do acesso das pessoas aos serviços<sup>(3)</sup>. A luz do Decreto nº 7.588 de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, estrutura a rede em Regiões de Saúde. Tais regiões se configuram em espaços geográficos cons-

tituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes, para criação de identidades coletivas, facilitando a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde<sup>(4)</sup>.

Os serviços são organizados em pontos de atenção que se conectam e se articulam a partir das demandas dos usuários. Na atenção psicossocial, é notória a diversidade de unidades de atendimento sejam elas a atenção primária, atenção psicossocial especializada, urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, bem como as estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial<sup>(5)</sup>.

Os profissionais que atuam na RAPS transitam em um contexto de complexidade e incertezas. É complexo, pois trata de seres humanos em atenção e cuidado em sua fragilidade. É incerto, pois, considera cada ser humano único e singular. Nesse sentido, para o desenvolvimento do cuidado em atenção psicossocial é importante reconhecer uma rede de suporte social, tanto para os profissionais, bem como para os usuários do serviço<sup>(6)</sup>.

Mediante a problemática da contínua necessidade de reflexão acerca da atenção à saúde mental e da configuração da assistência prestada às pessoas em sofrimento mental, emergiu a seguinte questão para esse estudo: Como os profissionais inseridos na RAPS percebem as potencialidades e fragilidades no atendimento às pessoas em situação de crise em saúde mental.

Para responder à pergunta em questão norteadora, construiu-se o seguinte objetivo: compreender as potencialidades e fragilidades no atendimento às pessoas em situação de crise em saúde mental na percepção de profissionais da RAPS.

## MÉTODO

Pesquisa exploratória, descritiva e retrospectiva, com abordagem qualitativa orientada pela Análise de Conteúdo<sup>(7)</sup>. Neste estudo, utilizou-se como referencial teórico as políticas públicas relacionadas à atenção psicossocial.



O estudo foi desenvolvido em âmbito nacional, com dados oriundos de um curso à distância “Crise e Urgência em Saúde Mental” da Universidade Federal de Santa Catarina, com carga horária de 100h, voltado à atualização de profissionais de saúde de nível superior para o atendimento às pessoas em situação de crise vinculados aos serviços de saúde públicos do Brasil. Os dados foram coletados no período entre março de 2014 e dezembro de 2015, sendo este mesmo período do recorte temporal elegido para a pesquisa.

Como critério de inclusão para participação no estudo, considerou-se: ser aluno regularmente matriculado, ter finalizado o curso e ter elaborado portfólio sobre o cuidado realizado em situações de crise e urgência em saúde mental. Como critério de exclusão utilizado foi não ter apresentado o referido portfólio ao curso.

Dos concluintes, 628 aceitaram participar da pesquisa e atendiam plenamente aos critérios de inclusão. Os participantes do estudo foram predominantemente mulheres com formação em psicologia, enfermagem e assistência social, vinculadas às unidades básicas de saúde e CAPS da região Sudeste e Nordeste do país. Os profissionais que integram esse estudo são: psicólogo (267), enfermeiro (189), assistente social (82), terapeuta ocupacional (55), médico da família (25) e farmacêutico (10).

O material de base da pesquisa foi portfólio elaborado pelo cursista, que continha como questão norteadora: Quais as situações de crise e urgência em saúde mental que acontecem mais freqüentemente no seu local de trabalho e como é realizado o cuidado nestas situações? A apresentação do texto era livre e sem limite de caracteres. Geralmente, o material apresentava em torno de 2 páginas, contendo relatos sobre a experiência do cursista enquanto profissional de saúde em seu local de trabalho.

Os dados foram organizados e analisados conforme a proposta operativa da análise de conteúdo<sup>(7)</sup>, que pode ser compreendida em três fases: a pré-análise, consiste na fase de organização propriamente dita, cujo objetivo é tornar operacional e

sistematizar as idéias iniciais. Assim, realizou-se a leitura cuidadosa dos portfólios ter uma compreensão ampla do conteúdo descrito pelos participantes. A fase exploração do material, consiste na codificação do portfólio, onde foram exportados para uma planilha do Microsoft Excel para Windows, e para cada informação relevante foi criado um novo código. A terceira fase, consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, ou seja, os códigos são agrupados por similaridade e diferença de conteúdo e organizados em categorias.

Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Projeto aprovado pelo comitê de ética sob o protocolo nº. 924.432/2014, CAEE: 39378213.4.0000.0121.

## RESULTADOS

Os resultados serão apresentados a seguir em duas unidades temáticas.

### Potencialidades no atendimento realizado por profissionais no cuidado a pessoas em situação de crise em saúde mental

A presente categoria demonstra a potencialidade de atuar em redes no processo participativo na atenção à saúde mental. Essas redes são consideradas relevantes, pois são analisadas sob a ótica de melhores ações na forma de um sistema integrado à saúde.

### As redes intersetoriais como ordenadora da dinâmica do cuidado nos serviços de atenção psicossocial (sistema de ensino, judiciário, segurança pública, serviço social)

As redes intersetoriais que integram o SUS constituem-se em serviços compartilhados entre o âmbito nacional, estadual, regional e interestadual. Essas instituições nessa rede compartilhada e participativa, interação de forma complexa com a presença de mecanismos de controle social e de pactuação entre os gestores, determinando a configuração da tomada de decisão das políticas públicas para atenção em

saúde mental.

A rede é operacionalizada e estruturada a partir dos municípios e considera a territorialização sua base estratégica, como podemos identificar na fala de um participante quando diz que:

“a Rede de Saúde Mental deste município vem construindo um outro cuidado possível, a partir dos territórios que fazem sentido às pessoas, considerando outras portas de entrada para os usuários com sofrimento psíquico. A crise, antes contida no Hospital, hoje se expressa em outros espaços, e os trabalhadores desta rede tem buscado aprender a acolher a subjetividade desses momentos singulares” (43).

A rede se constitui ainda em alcançar outros setores e serviços de apoio para que o cuidado possa ser efetivo e resolutivo:

“o que temos visto que tem contribuído bastante para acompanhamento e observação mais amíúde dos casos é a construção da rede de cuidados envolvendo diversos atores – PSF – CAPS – CREAS – Educação, objetivando sempre ver o sujeito em sua totalidade e entendendo que as relações se estabelecem de formas variadas (458).

A transversalidade é fundamental em todos os espaços e serviços de saúde, para que o atendimento a crise possa se desenvolver em um fluxo de cuidado contínuo, conforme é observado na fala:

“Por entender todas essas dificuldades que envolvem a dinâmica no atendimento na crise e urgência, nos profissionais têm buscado ao máximo trabalhar no fortalecimento e na articulação da rede, para que o serviço possa chegar de forma efetiva aos pacientes e famílias” (277).

O cuidado integral é prerrogativa na as-

sistência as pessoas em crise na transição entre os serviços de saúde, nesse sentido a comunicação se configura como uma estratégia fundamental para o cuidado, conforme as falas:

“comunicação entre hospital e município de origem com a rede de saúde, programas de saúde mental e assistência social (383). Nesta comunicação os outros serviços citados anteriormente também se comunicam facilitando o cuidado integral em saúde mental” (546).

Ainda, a integralidade constitui-se com frequência uma abordagem associada ao tratamento integral, humanizado e com qualidade e acolhimento a pessoa em crise, conforme a fala:

“é de suma importância que desde os ACS até os gestores possam prestar uma assistência integral e humanizada ao paciente com transtorno mental” (426).

A assistência e humanidade busca a prática de um atendimento pautado na universalidade, igualdade e equidade na assistência, sendo esses princípios básicos doutrinários que conferem legitimidade ao SUS, conforme o relato:

“tento praticar a universalidade que é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; e a equidade que se considera a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população” (314).

Acrescenta-se também, que um atendimento humanizado pressupõe a união de um comportamento ético, respeitoso e pautado no diálogo, buscando compreender sentimentos e emoções na atenção ao usuário em crise, conforme a fala:

“A abordagem prioriza o respei-

to ao usuário e resolutividade à situação por meio do diálogo, negociação e demonstração de empatia” (387).

Em situações de urgência, a equipe trabalha muito unida, praticamente todos se envolvem para prestar um atendimento humanizado e com segurança. (739)

Portanto, é possível verificar que as redes intersetoriais constituem-se em serviços compartilhados entre o âmbito nacional, estadual, regional e interestadual. Essas redes se constituem fundamentalmente na transversalidade, que busca um grau de contato e comunicação entre pessoas e grupos formando uma rede, sem hierarquia, reforçando atenção psicossocial de qualidade, pautada em uma assistência integral.

### **O trabalho em equipe multidisciplinar e multiprofissional**

O trabalho em saúde mental, possuem algumas particularidades, uma delas a multidisciplinaridade e multiprofissional, profissionais em diferentes áreas e especialidade para melhor prática na atenção a pessoas em situação de crise, conforme o a fala a seguir:

“[...] a equipe multiprofissional atua em conjunto procurando proporcionar espaços individuais e coletivos de escuta e orientação aos adolescentes para que eles possam verbalizar suas angústias, assim como ter suporte para pensar em mudanças e em realmente efetivá-las”. (719)

Inclusive, está presente na equipe o trabalho integrado. A integração é importante para o cuidado a pessoas em crises, essa prática desempenha a função para estabelecer o melhor cuidado, como é mencionado na próxima fala:

“a equipe do CAPSi, trabalha de forma bem integrada (719). Procurando não limitar na terapia medicamentosa, no modelo médico-centrado, mas sim em aco-

lher não só o paciente, mas os familiares buscando interagir com os parceiros da RAPS.” (110)

Os trabalhadores da RAPS mencionam a importância da qualificação profissional para a manutenção da qualidade do cuidado, também, para que possam atuar com mais resolutividade nos serviços nos quais atuam. Para isso, ressaltam que a educação em serviço ainda é uma realidade no cotidiano das equipes, mesmo considerando a educação permanente mais ampla e abrangente. As expressões de educação permanente e educação continuada, foram utilizadas em uma perspectiva mais ampla de educação em serviço.

Os relatos a seguir demonstram o cotidiano dos profissionais com a educação permanente:

“na Gerência, tentamos pelo menos propor ações de educação permanente para de algum modo cooperarmos com esses serviços até que o contexto melhore (190). Tenho buscado fortalecer educação permanente dentro e fora do serviço para que seja de compreensão de todos que a crise é nossa responsabilidade (23).

A educação continuada tem o potencial de resolver situações pontuais de fragilidade teórica sobre determinados aspectos profissionais, porém a educação permanente pode contribuir para a formação cidadã, para a vida. Os relatos a seguir corroboram com essa ideia:

“Trabalhamos muito com a educação continuada, principalmente com a equipe de enfermagem que sempre está à frente dessa situação”. (300)

“Acredito ser necessário cada vez mais capacitações permanentes dos profissionais da ESF para trabalhar com usuários em sofrimento psicossocial. (206)

Consiste em uma articulação entre diferentes secretarias: esportes, cultura e assistência social e educação. Essa categoria,

referência aos vários serviços que otimizam e agilizam o cuidado, alcançando a qualidade no cuidado à crise, entre o âmbito nacional, estadual e municipal, a respeito da organização das redes de atenção à saúde. Destaca-se que, essas instituições nessa rede compartilhada e participativa, interação de forma complexa com a presença de mecanismos de controle social e de pactuação entre os gestores, determinando a configuração da tomada de decisão das políticas públicas para atenção psicossocial.

### As redes pessoais como empoderadoras dos sujeitos trabalhadores da rede de atenção psicossocial

A equipe que atua no cuidado psicossocial considera algumas situações cotidianas como possibilidade de empoderamento, dentre elas o diálogo, acolhimento, escuta, respeito e o vínculo com os usuários, essas condições se caracterizam como potencializadoras dos profissionais no cotidiano de sua prática profissional.

A presente categoria busca os fatores que fluência no cuidado aos usuários de serviço psicossocial pela equipe, conforme as falas a seguir:

“a abordagem prioriza o respeito ao usuário e resolutividade à situação por meio do diálogo, negociação e demonstração de empatia. (387). Acredito que a presença e a empatia podem ser potenciais no momento das crises, os sujeitos necessitam de pessoas que o entendam e estejam disponíveis a estar ao lado”. (470)

Outra forma de diálogo mencionada entre os usuários e a equipe e tem impacto potencializador no cuidado, são as assembleias desenvolvidas pelas equipes de referência, que favorecem o diálogo aberto e a tomada de decisão, conforme mencionam os participantes:

“Realizamos também, porém sem frequência determinada, reuniões com a presença dos profissionais e pacientes em regime perma-

nência-dia, as chamadas “assembleias”, para bate-papo acerca dos mais diversos assunto, desde diagnóstico, medicação, troca de experiências até questões administrativas que os envolvam diretamente, a fim de que assim, enquanto o sujeito vai se apoderando do lugar e das decisões a serem tomadas se empodere também de si, passando a atuar como sujeito do tratamento.” (456)

Para a realização de um cuidado efetivo as pessoas em crise, a equipe se mostra: “mostra-se corresponsável pelos casos e nós nos organizamos para manejar as situações da melhor forma possível, respeitando os nossos limites e possibilidades de atuação.” (726)

O vínculo entre a equipe e a pessoa em crise é fundamental para a manutenção das condições que envolve a terapêutica e, bem como o acompanhamento das ações desse cuidado. Nesse sentido, é observado que:

“O vínculo é um “aliado” muito poderoso nesses momentos. Ele é trabalhado durante todo o processo de acompanhamento no Caps, assim, nessas situações, a comunicação é facilitada por ele. Caso seja um usuário novo, é acolhido pelo plantão.” (727)

Considerando o diálogo, acolhimento, escuta, respeito e o vínculo como condições imprescindíveis para valorização do sujeito em sofrimento. Pois, antes da perspectiva da doença e do transtorno, existe um ser humano que tem sua condição de saúde abalada.

“valorizar o sujeito em crise implica levar em consideração sua condição de ser humano [...], significa respeitar seu tempo, sua individualidade e singularidade”. (447)

Mediante ao exposto, o empoderamento dos sujeitos é potencialização funda-

mentada no diálogo, vínculo, acolhimento e respeito. Essas práticas proporcionam comprometido com a transformação da realidade dos sujeitos trabalhadores da rede de atenção psicossocial. Inclusive, mobiliza as pessoas para tomada da consciência e sua situação na atenção psicossocial.

### Dificuldades no atendimento realizado por profissionais no cuidado a pessoas em situação de crise em saúde mental

Esta categoria busca refletir sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais para efetivação do cuidado às pessoas em crise em saúde mental. Para tanto, aborda os entraves profissionais frente à desarticulação das Redes de Atenção à Saúde, descreve as repercussões vivenciadas pela equipe multiprofissional diante de problemas do serviço de saúde, bem como os aspectos frágeis na abordagem individual ao atendimento à crise.

### O enfrentamento dos profissionais frente à (des)articulação das Redes de Atenção à Saúde

A articulação entre os diferentes dispositivos da Rede de Atenção à Saúde é descrita pelos profissionais como elemento frágil, uma vez que o diálogo é considerado difícil entre atenção primária, serviços especializados de saúde mental, atenção hospitalar e serviços de urgência e emergência, repercutindo inclusive em demais setores, como na Assistência Social.

Alguns dos motivos identificados para a falta de articulação é a dependência de vontade política da gestão local ao cuidado em saúde mental, em especial, para o atendimento à crise. Outro ponto que pode ser destacado é a dificuldade enfrentada para implantar o modelo de Atenção Psicossocial, conforme previsto nas políticas públicas. As adaptações e negativas recebidas fazem com que, por exemplo, os leitos de atenção integral à saúde mental em hospitais gerais, dispositivo fundamental para oferecer retaguarda aos CAPS, não sejam realidade em diversas regiões do país, com isso não se evita as internações psiquiátricas injustificadas.

Nesse contexto é possível observar que: “Existe uma dificuldade de articular a rede no sentido de que as UBS acolham este usuário. Hoje acaba ocorrendo o referenciamento do usuário para o CAPS, independente do nível da gravidade do caso, ou seja, há uma desresponsabilização dos serviços no atendimento do portador de sofrimento psíquico.” (193)

A relação entre os profissionais dos diferentes dispositivos de saúde, em especial aos que estão atrelados à Rede de Urgência e Emergência, gera insatisfação em alguns trabalhadores. Urgências psiquiátricas, muitas vezes, não são abordadas da forma como deveriam pelas demais equipes, sendo necessária a intervenção dos profissionais do CAPS para manejo de situação em parceria com Segurança Pública e Bombeiros.

“Apesar de identificarmos as urgências clínicas temos muitas dificuldades com os profissionais do SAMU, ou mesmo, do hospital no qual o SAMU regula, para o olhar das necessidades clínicas deste sujeito. Na grande maioria das vezes ele é medicado e tem alta, sem nenhuma avaliação de seu estado clínico e reencaminhado ao CAPS AD.” (521)

No que se refere à estruturação da RAPS, os profissionais vivenciam a falta de regulação dos casos, ou seja, não há cuidado em rede que oriente para qual serviço o usuário deva ser encaminhado. Vale ressaltar que existem distritos sanitários que não possuem CAPS, embora estes possuam papel regulador na saúde mental de um município, tal situação somada a toda a fragilidade da rede, a assistência ofertada ao usuário fica comprometida, bem como a lógica de continuidade do cuidado.

“Enfrentamos outro problema muito sério, dificuldade na central de regulação. Às vezes não existe leito disponível e tem-se que permanecer com o paciente na unidade sem suporte. Triste re-

alidade!” (591)

“Não contamos com outros suportes, leitos em hospital geral e residências terapêuticas. O que vem acontecendo e que nos angustiam é a reincidência da crise e de casos que precisam de atenção e cuidado maior da equipe, fato que justifica pela impotência da rede RAPS”. (608)

Outros aspectos que impactam na RAPS que envolvem a gestão de recursos, é a interrupção, em algum momento, da terapêutica do usuário devido à fragilidade dos serviços e, principalmente, a falta das ferramentas necessárias para a execução do trabalho junto ao usuário em crise de forma eficaz. O fato de alguns pontos da rede também não realizarem seu papel dificulta a solução e o andamento das situações de crise que se apresentam no cotidiano do trabalho em saúde mental.

Então o usuário é visto como “do CAPS” e não da rede. Serviços e profissionais querem se abster dessa responsabilidade que é de toda a rede psicossocial, que entra hospital e equipes da ESF. Quando chega ao hospital municipal e é necessário internamento, há dificuldade de conseguir leito na capital. (408)

“Vejo que embora o movimento atual seja de descentralização dos serviços, ainda se está por ser romper as cristalizações em torno da atenção ao portador de sofrimento psíquico no meu município.” (193)

Ainda, o preconceito e estigma fazem parte dos próprios profissionais da rede. Esse processo, faz com que a RAS não se consolide, gerando sofrimento não só para o usuário, mas também para as equipes que enfrentam como podem as demandas no território.

### Repercussões vivenciadas pela equipe multiprofissional diante de problemas do

### serviço de saúde

A equipe multiprofissional de saúde é promotora de cuidados nos pontos de atendimento da RAPS e deveria responsabilizar-se pelo atendimento à crise. Tal entendimento é consenso entre os profissionais abordados, entretanto é destacada a necessidade de adequação do número de profissionais e sua qualificação para atuação na atenção psicossocial.

A rotatividade da equipe, considerando o alto número de profissionais contratados, repercute na falta de funcionários e resistência das famílias em aceitar o tratamento com profissionais que não conseguem desenvolver vínculo com o usuário. Ainda, diante das demandas internas de outros trabalhos a serem realizados no serviço de saúde (medicação, cuidados dos pacientes, organização da unidade), profissionais percebem que a inadequação do número de funcionários compromete a realização de busca ativa dos pacientes em crise no domicílio e o monitoramento dos casos de forma continuada.

“[...]nosso serviço conta apenas com um psiquiatra, sim um único profissional, que além da reunião técnica, está presente um turno para fornecimento de laudos (grande demanda do nosso CAPS) e dois turnos para atendimentos.” (332)

Outra dificuldade para as equipes é quanto diminuição da oferta de serviços comunitários e CAPS principalmente no turno da noite. Muitos Municípios não oferecem atendimento noturno. Nessas condições a equipe orienta que o paciente retorne para o domicílio, mesmo sabendo que não seria a conduta mais adequada para o caso. Em algumas situações, o encaminhamento para o contexto hospitalar é inevitável, o que sobrecarrega os plantonistas dos serviços comunitários, principalmente por encaminharem os pacientes apenas conduzidos pelo motorista da ambulância e profissional da enfermagem. Entretanto, ainda sobre a questão, os profissionais ressaltam que a falta de clareza sobre o conceito de crise

em saúde mental, gera inúmeros entraves, mesmo quando os serviços estão submetidos à mesma gestão municipal.

"[...] Nos falta como abrigar esse paciente em crise durante a noite, uma vez que o paciente em crise as vezes tem que retornar para sua casa durante a noite, por não ter onde ser abrigado durante a noite. Pois o único hospital da cidade não acolhe esses nossos pacientes em crise." (513)

"[...] O transporte deste usuário ao hospital municipal também é uma dificuldade. Em várias ocasiões a ambulância não é disponibilizada, pois argumentam que pode surgir uma emergência, quando esse caso é uma emergência e não é visto dessa forma." (408)

Considerando a importante atuação clínica na equipe junto ao paciente em crise, alguns profissionais apontam que por vezes realizam apenas a mediação entre familiares e serviços de saúde, ou seja, com baixo poder de intervenção. A presença ativa de familiares na busca pelo atendimento em diversos pontos da rede e, sem resposta efetiva preocupa alguns profissionais que se questionam enquanto equipe de saúde.

"Não é feita uma abordagem qualitativa, [a equipe] apenas realizam o papel de mediadores entre os familiares e os serviços. O CAPS apresenta fragilidade de recursos materiais e humanos. Já nos casos de pessoas que não são usuários do serviço e chegam em situação de crise muitas vezes tem sido encaminhados através dos familiares para a emergência psiquiátrica de referência do estado localizada em município vizinho, a aproximadamente 30 quilômetros de distância. [...] provocando intensa angústia e impotência do/s técnico/s que realizaram o acolhimento em virtude da impossibilidade de realizar novas

matrículas." (8)

Parte dos problemas aqui sinalizados tem interface com a dificuldade de adequação da equipe de saúde em romper com o modelo biomédico hegemônico. Profissionais percebem que este tem implicações importantes nas relações com o usuário, com a família e na integração da equipe.

"[...] percebo também necessidades de mudança nos processos de trabalho quanto ao atendimento às crises e emergências, pois não há um consenso na equipe. Alguns profissionais, não consideram a dimensão subjetiva da crise, oferecendo a terapia medicamentosa como principal estratégia para lidar com estes casos. Nosso CAPS tem como "carro chefe" a internação, demonstrando um modelo baseado no biomédico. Assim, é comum que não haja a interdisciplinariedade, e sim o compartimento de cada saber." (193)

Desta forma a discussão de casos passa ser substituída pelo atendimento individual, o plano terapêutico deixa de articular os diferentes saberes e olhares sobre o processo vivenciado pelo usuário em crise, sendo mantido posicionamento indiferente à participação do usuário em seu tratamento, pois quem domina o conhecimento e dita as regras é o profissional.

### Aspectos frágeis na abordagem individual ao atendimento à crise

Os profissionais apontam a frágil vinculação dos usuários que vivenciaram episódio de crise em saúde mental ao serviço e ao cumprimento com o plano terapêutico singular, que pode contemplar realização de demais consultas, exames, aderência correta ao tratamento medicamentoso, ao despreparo para lidar com outro ser humano em desequilíbrio psíquico. Tanto os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), quanto de Unidades de Pronto-Aten-

dimento (UPAs) apresentam enfrentamentos similares na abordagem individual à estas situações, revelando sensações de medo e impotência, conforme os relatos:

"[...] Acredito que há um grande despreparo profissional no manejo de tais ocorrências o que deixa muito a desejar no momento. Muitas vezes sinto que ficamos impotentes perante tais ocorrências, pois não possuímos de recursos humanos capacitados para a adequada abordagem nas UAPS." (204)

Desta forma, muitos profissionais referiam sentir-se perdidos e sem saber como reagir diante de uma crise inesperada, esquecendo-se da humanização no manejo da situação e que o usuário em crise é o mesmo de antes. O êxito da abordagem dependerá muito da forma como o profissional se posiciona antes, durante e depois do atendimento, uma vez que percepção do usuário em relação ao acolhimento e condução do seu caso é determinante para criação de vínculo. Essa prática é observado a seguir:

"[...] Então muitas vezes a contenção é feita com a ajuda de familiares e vizinhos que se solidarizam. Procuram ajudar, mas muitas vezes machuca, pois os mesmos não tem preparo em contenção física, não sabem como abordar corretamente". (408)

No que se refere à humanização do atendimento, o frágil envolvimento do profissional com a família do usuário é compreendida como elemento dificultador. Os profissionais revelam que há famílias que não se corresponsabilizam pelo cuidado, não seguindo as orientações. Nesses processos, o pouco preparo para lidar com o cuidado complexo, que extrapola a dimensão biológica, faz com que o profissional se afaste da investigação detalhada da história pregressa do usuário, quais elementos potencializam seu desequilíbrio emocional, quais situações lhe causam estresse. Tais

condutas individuais são percebidas e consideradas prejudiciais para o atendimento ao usuário em crise.

“A ausência da participação da família pode ser uma das causas dos surtos psicóticos ocorridos no município.” (380)

Somada a esta questão, a alta demanda em saúde mental nos pontos de atenção à saúde é um enfrentamento, muitas vezes, adiado pela equipe, considerando entre outros motivos a falta de preparo para o atendimento clínico. Para tanto, os profissionais mostram-se ávidos por capacitações e treinamentos na abordagem de urgências e emergências em saúde mental.

“a maior demanda de acolhimento é de usuários e familiares que necessitam de orientações quanto ao funcionamento da rede, e de trabalhadores da rede que necessitam de orientação quanto ao papel do serviço na rede. Limitação de pessoal, carga horária e capacitação técnica.” (381)

Desta forma, os profissionais apontam que a educação permanente em saúde dos diversos pontos da RAS deve considerar a necessidade não somente verbalizada por cada trabalhador no seu cotidiano, mas também manifestada pela baixa resolutividade no atendimento aos pacientes em crise em saúde mental.

## DISCUSSÃO

Em um contexto de reformulação do modelo de atenção estruturado em redes e considerando a complexidade do cuidado em saúde mental, processos de reflexão sobre a prática e a dinâmica de trabalho são essenciais para acompanhar tanto a implantação da RAPS, quanto as suas repercussões na assistência.

A ampliação do número de dispositivos e fortalecimento da articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento, transtorno mental e/ou usuários de drogas foi um importante ganho para a Reforma Psiquiátrica. Com dispositivos or-

ganizados em diferentes níveis de atenção, destaca-se a expansão dos serviços especializados que compõem a RAPS, a qual ao final de 2016 possuía 2340 CAPS de todos os tipos em todo o território nacional(8). Outro importante fator colaborador para sustentação deste modelo de atenção foi à interiorização da assistência em saúde mental para municípios de médio e pequeno porte, com conseqüente ampliação da participação da ABS e descentralização dos leitos de atenção psicossocial (9).

A oferta de condições qualificadas para os profissionais de saúde, vislumbra a impactar positivamente no atendimento e acompanhamento em saúde de pacientes em crise em saúde mental. Entretanto, a contrastante percepção dos trabalhadores sobre a estruturação e implantação da RAPS emerge da diversidade territorial nas diferentes regiões e da desigualdade socioeconômica presente em um país de dimensões continentais como o Brasil(9).

Considerando também aspectos relacionados à gestão local dos recursos financeiros e às contratualizações entre os municípios e regiões de saúde, repercutem significativamente na organização no fluxo de atendimento e na forma como os profissionais realizarão o cuidado do paciente em crise, bem como tornarão o paciente e família empoderados para o seu tratamento. O entendimento de que os profissionais são essenciais para esse processo foi demonstrado na rede de atenção à saúde mental no município de Sobral (CE), na qual os fluxos de conexão, ou seja, os modos de funcionamento das redes operam por força da ação dos trabalhadores, que se percebem como protagonistas no processo de cuidado, potencializando os movimentos partilhados e articulados entre si(10).

Mesmo que o potencial humano promova mudanças e consolide processos, “vazios assistenciais” em diversos pontos de atenção geram fragilidade na cobertura da rede de serviços. Estudo desenvolvido a partir das bases de dados nacionais verificou que a desigualdade de condições das diferentes regiões está relacionada às disparidades na oferta de serviços, de infra-

-estrutura física e de recursos humanos(9). Tais entraves que impactam negativamente no trabalho em rede, repercutem essencialmente no acesso aos serviços e na capacidade resolutiva dos profissionais. Assim, as estratégias substitutivas e o processo de desinstitucionalização, apesar das dificuldades apresentadas, mostram-se mais humanos e efetivos quando comparados ao modelo tradicional(11).

O cuidado em saúde mental particularmente, dentre as áreas da saúde é a que apresenta forte prerrogativa do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. A abordagem psicossocial presume em sua essência o envolvimento de diferentes áreas do conhecimento, para além de ações integradas, que envolve diferentes redes de atenção como: assistência social, judicial, educacional, cultural, segurança pública, que juntas atuam em favor da pessoa em sofrimento mental e de sua família.

A OMS já mencionava que deve haver uma forte relação entre os profissionais da atenção primária e o cuidado em saúde mental, e que esses profissionais consigam reconhecer o sofrimento da pessoa. Ressalta-se, no entanto, a importância da formação permanente desses profissionais. Um processo de educação eficaz deve ressaltar o cuidado a pessoa, e não a sua doença, na perspectiva da clínica ampliada do sujeito, desconstruindo as estratégias biologicistas e biomédicas da atenção em saúde mental(12).

Uma das mais importantes estratégias implementadas pelo Ministério da Saúde no que se refere a atenção psicossocial, é a constituição de uma equipe multiprofissional que atua loco-regionalmente em uma perspectiva territorializada. Nesse contexto, a equipe é uma das principais responsáveis pelo bom funcionamento dos serviços de saúde, em especial daqueles vinculados a RAPS(12).

Nesta perspectiva, a equipe se constitui como elemento chave e central no contexto da atenção psicossocial, em especial porque proporciona a pessoa em tratamento a construção de sua autonomia, utilizando como elementos terapêuticos estratégias de intervenção singulares que valorizam o





ser humano na sua particularidade, em um novo modelo de cuidado que favorece a interdisciplinaridade<sup>(13)</sup>.

Nesse enfoque, a interdisciplinaridade busca a integração teórica e prática, nas diversas áreas do conhecimento. A interdisciplinaridade na perspectiva da equipe, estabelece uma relação recíproca que promoverá o diálogo entre todos os que participam do cuidado em saúde mental. Essa perspectiva engloba a promoção, prevenção, o cuidado e reinserção social<sup>(14)</sup>.

Os diferentes saberes envolvidos no cuidado, devem considerar a horizontalização a partir das relações entre os profissionais e ações específicas nas áreas interdisciplinares, sobrepondo a simples transferência de conhecimentos<sup>(15)</sup>. As ações interdisciplinares transcendem o pensamento simplista advindo do processo saúde-doença como prerrogativa de causa-efeito e, passa a considerar o indivíduo em sua integralidade, exigindo da equipe de saúde a compreensão da condição humana para além da doença<sup>(16)</sup>.

Um estudo desenvolvido com enfermeiros que atuam na atenção psicossocial encontrou que os profissionais em geral têm dificuldades de se incluírem em um modelo advindo da reforma psiquiátrica, pois, os serviços abertos possuem uma característica no cuidado diferente da proposta anterior vinculada ao cuidado hospitalar. O estudo aborda ainda as dificuldades que os profissionais enfermeiros têm em definir sua função na rede extra-hospitalar, por vezes representando certa distorção em sua identidade profissional<sup>(13)</sup>.

O mesmo estudo aponta ainda o nível de satisfação dos enfermeiros que, surpreendentemente se consideram satisfeito a despeito dos baixos salários, da falta de reconhecimento, da falta de incentivos, da precária infra-estrutura e dificuldades com relação a conhecimentos específicos na área da saúde mental que qualificariam o cuidado. Considera-se fundamental a proposição de programas de educação permanente disponibilizados e construídos coletivamente, capazes de instrumentalizar os profissionais da equipe de saúde<sup>(13)</sup>.

Na rede de atenção psicossocial, busca-se o empoderamento como processo construtivo entre os trabalhadores e as pessoas, isso significa o comprometimento com a luta pela equidade. Segundo a OMS, o empoderamento está alicerçado em quatro pilares: compreensão de seu papel; aquisição de conhecimento suficiente para se engajar



**As práticas participativas potencializam o atendimento às pessoas em crise, mesmo diante dos entraves relacionados a frágil atuação clínica individual e coletiva, bem como o desafio de tornar concreto o atendimento em rede.**



nos cuidados de sua saúde; habilidades e a facilitação na convivência do contexto que experimentam<sup>(17)</sup>.

No setor saúde, contexto no qual se vivencia a hegemonia das relações hierarquizadas entre as profissões e sobreposição do saber médico, o entendimento apresentado por profissionais da enfermagem sobre o conceito de empoderamento revela-se

em contraposição à dinâmica instituída e potencializador de mudanças. Como sinônimo de poder compartilhado e promotor de transformações individuais e coletivas, o empoderamento é fomentado por capacitações e pelo exercício da clínica ampliada. Entretanto, no atendimento e contato com o usuário de drogas revelou-se o frágil empoderamento dos profissionais de alguns profissionais da enfermagem, evidenciando uma contradição no modo de fazer o acolhimento desses profissionais, o que pode dificultar a constituição de redes vivas de cuidado<sup>(18)</sup>.

Nessa perspectiva, o empoderamento na rede é vislumbrado no acolhimento, imprimindo seu valor e potencial no estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários. Entretanto, o usuário faz parte de outras redes, para além desta estruturada em serviços de saúde oferecidas pela RAPS.

As redes de suporte social desempenham funções como de apoio emocional, companhia social e guia cognitivo<sup>(19)</sup> e consideradas indispensáveis para o viver em sociedade. Suas características estruturais compreendem tamanho, densidade, composição, dispersão e homogeneidade/heterogeneidade. Dentre elas, destaca-se que as redes mais efetivas são as de tamanho médio, entre 8 e 10 membros, pois redes muitos pequenos tendem a sobrecarregar os membros em momentos de crise. Densidade diz respeito à qualidade nas relações e importante influenciadora sobre o sujeito. Outros elementos que podem facilitar trocas ou tensões na rede são o contexto da relação e o grau de intimidade, bem como as diferentes características dos membros, como idade, sexo, cultura, nível social e econômico<sup>(20)</sup>. Nesse sentido, a RAPS constitui uma rede de conversações que permeia todos os momentos do encontro do usuário e suas redes com os profissionais de saúde e seus fluxos de atenção.

Em meio à articulação, interação e sobreposição das redes, o diálogo e a conversa têm sido apontados como a substância

do trabalho em saúde. O acolhimento torna-se, então, uma dimensão central nas práticas cotidianas, integrando os envolvidos em espaços de cuidado diversos, que vão desde o contexto domiciliar ao dispositivo de maior complexidade tecnológica<sup>(21)</sup>. Ainda, no que se refere ao atendimento à crise, o acolhimento, especificamente, amplia as possibilidades de trânsito seguro pela rede, uma vez que o processo de cuidar em saúde mental é por vezes estigmatizado e reduzido à violência e medicalização.

Assim, quando os profissionais da saúde compreendem a sua atribuição de mediadores de processos propulsores do empoderamento na saúde, oferecem aos usuários espaços de diálogo visando interromper com processos de impotência e

dependência e buscarem por mais autonomia, engajamento, corresponsabilização e iniciativa para condução do seu viver<sup>(17)</sup>.

#### CONCLUSÃO

Este estudo aponta as potencialidades do trabalho articulado entre atenção primária em saúde e serviços de saúde mental, pautado em uma rede participativa e compreensiva entre usuários e equipe, buscando valorização e fortalecimento da atenção psicossocial. As práticas participativas potencializam o atendimento às pessoas em crise, mesmo diante dos entraves relacionados a frágil atuação clínica individual e coletiva, bem como o desafio de tornar concreto o atendimento em rede.

É necessário viabilizar o atendimento à crise de forma universal, equânime, integral e de qualidade, a qual se sustenta essencialmente no acolhimento e no estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Entretanto, a resolutividade do atendimento parte da adequação do serviço às necessidades dos usuários, ampliação da capacidade técnica dos profissionais e reconhecimento da complexa estrutura de saúde organizada em redes.

Desta forma, recomenda-se, a realização de futuras investigações que incluam profissionais, gestores e usuários, a fim de ampliar a compreensão sobre os elementos que impactam positivamente e as estratégias para consolidar a RAPS no Brasil.

## Referências

1. Cañas AV, Jiménez MDLVM. Actitudeshacia lostrastornosmentales y suasociaciónpercibidacon delicto: Estigma social. *Salud&Sociedad*. 2016;7(3):254-269.
2. Pathare S, Brazinova A, Levav I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (Internet). 2018;1:463-46.
3. Trapé TL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*. (Internet). 2017;51:1-8.
4. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário da República*(Internet). 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>
5. Forsyth C, Mason B. Shared leadership and group identification in healthcare: The leadership beliefs of clinicians working in interprofessional teams. *Journal of interprofessional care*(Internet). 2017;31(3):291-299.
6. Portugal FB, Campos MR, Correia CR, Gonçalves DA, Ballster D, Tófoli LF, et al. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. *Cadernos de Saúde Pública*(Internet). 2016;32(12):1-11.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.
8. Sage. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Saúde mais perto de você (Internet). 2018 (citado 2022). Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
9. Macedo JP, Abreu MMD, Fontenele MG, Dimenstein M. The regionalization of mental health and new challenges of the Psychiatric Reform in Brazil. *Saúde e Sociedade*(Internet). 2017 (citado 2022);26(1):155-170.
10. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (Internet). 2014;24:253-271.
11. Costa PHAD, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* (Internet). 2015;20(10):3243-3253.
12. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* (Internet). 2009;13(28):151-164.
13. Dias CB, Aranha AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (Internet). 2010;44(2):469-475.
14. Velloso MP, Guimarães MBL, Cruz CRR, Neves TCC. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde* (Internet). 2016;14(1):257-271.
15. Oliveira AG, Alessi NP. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. *Revista Paulista de Enfermagem* (Internet). 2003;22(1):31-42.
16. Ferro LF, Silva ECD, Zimmermann AB, Castanharo RCT, Oliveira FRLD. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia de saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: Potencialidades e desafios. *Tempus ActasSaúdeColetiva* (Internet). 2015;8(4):111-29.
17. Cesarino CB, SciarraAMP. Empoderamento na saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde* (Internet). 2017;24(3):01-02.
18. Rigotti DG, Garcia APRF, Silva NG, Mitsunaga TM, Toledo VP. Drugusershosting in a Basic Health Unit. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* (Internet). 2016;17(3):346-355.
19. Uber MLR, Boeckel MG. A prática em terapia de família e as redes sociais pessoais. *Pensando Famílias* (Internet). 2014;18(2):108-123.
20. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
21. Guerrero P, Mello ALSFD, Andrade SRD, Erdmann AL. User embracement as a good practice in primary health care. *Texto & Contexto-Enfermagem* (Internet). 2013;22(1):132-140.

