

CURSO DE MEDICINA ITPAC-PALMAS

ORIENTADOR: M.^e JONATHA ROSPIDE NUNES

ALUNAS: JOICE REIS DE MARCHI e WALTER MORI JUNIOR

Artigo submetido à

The Brazilian Journal of Development (BJD)

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/index>

**ABORDAGEM COMPARATIVA: INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS
EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO BRASIL EM
RELAÇÃO AO CANADÁ**

**COMPARATIVE APPROACH: MENTAL HEALTH TERAPEUTIC
INTERVENTIONS IN BRAZIL'S PRIMARY CARE IN RESPECT OF
CANADÁ.**

Joice Reis De Marchi, Walter Mori Junior, Jonatha Rospide Nunes

RESUMO

O presente artigo objetivou investigar a produção científica sobre a Assistência em Saúde Mental na Atenção Básica nos Sistemas de Saúde do Brasil e Canadá. Foi realizada uma Revisão Integrativa com trabalhos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde -BVS e Scientific Electronic Library Online - SciELO e publicados nos anos de 2015 a 2019. Os dados foram coletados em abril de 2020 com uso dos Descritores em Ciência da Saúde - DeCS: 'atenção primária em saúde', 'tratamento', 'saúde mental', 'Brasil' e 'Canadá'. O conjunto de dados coletados para produção desse trabalho é constituído por 12 artigos, dos quais emergiram diversas rupturas entre a proposta dos sistemas de saúde e a prática, com destaque a crítica à predominância do discurso de atenção centralizada na doença.

Palavras-chave: Atenção Básica, Assistência, Saúde mental, Brasil, Canadá.

ABSTRACT

This article aimed to investigate the scientific production on Mental Health Assistance in Basic Care in health systems from Brazil and Canada. An integrative review was conducted with journals available in the Virtual Health Library - BVS and Scientific Electronic Library Online - SciELO databases and published from 2015 to 2019. All data were collected in April 2020 using the Health Science Descriptors - DeCS: 'primary health care', 'treatment', 'mental health', 'Brazil' and 'Canada'. The set of data collected to produce this work is composed of 12 articles, from which several ruptures have emerged between the proposal of health systems and practice, with emphasis on the criticism of the predominance of the discourse of centralized care in the disease.

Keywords: Primary care, Assistance, Mental health, Brazil, Canadá

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS - criado pela Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142 denominadas “Leis Orgânicas da Saúde” em 1990, foi uma conquista da promulgação da Constituição brasileira de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, e do evento da VIII Conferência Nacional de Saúde que revolucionaram a forma da participação social nas políticas públicas que exerceram maior influência em diversos setores, inclusive a saúde mental¹⁵.

Um contexto de movimentos sociais pela insatisfação civil com a condição da saúde, que incluiu a violência dos manicômios e hegemonia da rede privada no desumano ato de mercantilização da loucura, frente a força ideológica crescente da democracia e direitos de cidadania, decadência econômica e política junto de lutas pela queda da ditadura militar foram marcos importantes no final da década de 1970^{4, 15}. Moveram segmentos da sociedade, inclusive trabalhadores na área da saúde mental, na defesa de uma atenção à saúde como um direito de todos e dever do Estado, movimento da Reforma Sanitária Brasileira, com desfecho na criação do SUS, e além dele, a reforma psiquiátrica, consolidada como política pública após o impacto da III Conferência Nacional de Saúde Mental com a proposta de desinstitucionalização da assistência em saúde mental aliada a um cuidado humano e comunitário ausente de estigmas na atenção básica interligado aos Centros de Apoio Psicossocial – CAPS.⁴

Eles simbolizaram modelos assistenciais capazes de superar a organização da estratégia do sistema e das práticas de saúde do modelo previdenciário com enfoque na assistência médico-hospitalar e aspecto hospitalocêntrico limitado a ações curativas e tratamento das doenças sem compreender a multidimensionalidade do ser humano, principalmente na saúde mental que era focada nos hospitais psiquiátricos.^{4, 22}

Idealizado na ideia da abrangência e moldado para atender às carências, o SUS é organizado em hierarquia por níveis crescentes de complexidade associado à imagem de uma pirâmide cuja a base é a atenção primária em saúde, o meio são serviços de médio a alta uso tecnológico e no topo, as mais especializadas formas de amparo a saúde. E é regido pelos seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade. Mais especificamente, através da universalidade, todo e qualquer cidadão brasileiro tem por direito o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, não havendo nenhuma forma de discriminação étnica, sexual, social ou econômica; a integralidade pode ser

traduzida como a atenção da pessoa como um todo, abrangendo todas as suas necessidades de uma maneira interdisciplinar - médicos, psicólogos, enfermeiros, agentes comunitários da saúde, etc. E no que se trata de equidade, busca-se a diminuição das desigualdades, pois todos têm o direito de acesso embora com escalas de necessidades diferentes proporcional a carência.¹⁵

Todos eles guiam a Rede de Atenção à Saúde em que o pilar essencial é a Atenção primária pela presença do Programa Saúde da Família desde 1994, depois denominado de Estratégia Saúde da Família - ESF - pelo Ministério da Saúde, e o apoio matricial fortalecidos pela Política Nacional da Atenção Básica - PNAB por tornar esse nível de atenção a porta de entrada de todo o sistema de saúde brasileiro.^{15, 22}

Em outro ambiente, na América Central, há o modelo de assistência cubano que, inclusive, foi uma grande influência dentro dos movimentos que consolidaram a criação do SUS no Brasil.¹⁹

No Canadá, desde 1984 com a aprovação pelo Parlamento do *Canada Health Act*, há o sistema de saúde por província gratuito que reúne dez planos provinciais e três territoriais, conhecido como *Medicare*, e caracteriza-se pela singularidade de ser financiado pelo setor público com prestação e serviços privados através de planos públicos de seguro de saúde com cobertura universal para a assistência hospitalar e planos de saúde extensivos para atender às demandas locais e regionais.¹³

Os princípios dessa política de atenção à saúde são : administração pública (*public administration*) - planos de seguro de saúde da província são em base não lucrativa reconhecidos por autoridade pública e identificado pelo governo provincial, junto de um rigoroso monitoramento anual das contas e registro dos serviços prestados; abrangência (*comprehensiveness*)- todo serviço deve estar assegurado previamente para confirmação pelo governo federal de sua efetivação; universalidade (*universality*) -todo morador de uma província está coberto pelo seguro saúde desde que registrados; portabilidade (*portability*) - pessoas transferidas de uma província a outra ou mesmo para fora do país têm cobertura pelo seguro, desde que com organização prévia; e acessibilidade (*accessibility*)- todo morador tem direito de acesso aos serviços hospitalares, médicos e cirúrgicos-dentários e de não ter seu atendimento impedido por nenhum tipo de barreira^{3, 13}. Tanto que nesse último quesito, pelo Índice de Acesso à Saúde e Qualidade², o Canadá está em uma ótima colocação, situado no quartil superior, enquanto o Brasil está na parte inferior.³

No Canadá, assim como no Brasil, a assistência em saúde mental era marcada por instituições psiquiátricas predominante até 1960, porém a incompatibilidade do tratamento asilar caracterizado por isolamento da comunidade e desrespeito aos direitos humanos com políticas de saúde voltadas para prevenção, promoção e descentralização forçaram o movimento chamado Revolução Tranquila que tornou os cuidados em saúde mental mais comunitários.⁸

Nosso objetivo com este estudo foi identificar quais são as ações dos sistemas brasileiro e canadense na atenção à saúde primária, relacionado à saúde mental, e com um olhar crítico, buscamos entender os potenciais e fragilidades de ambos.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, referente à produção do conhecimento sobre a assistência em saúde mental na Atenção Primária dos países Brasil e Canadá. Esse método de produção acadêmica inclui pesquisas qualitativas e quantitativas simultaneamente a dados teóricos e empíricos de erudição científica viáveis para análise de modo sistemático e amplo a fim de divulgar e caracterizar o saber produzido. Este deve ser sintetizado e claro enquanto reconhece lacunas que necessitam de resolução com novas pesquisas e apresenta conclusões gerais a respeito de uma área particular em estudo. Para isso foram respeitadas as etapas pré-estabelecidas de organização da revisão.^{14,23}

O percurso metodológico seguido para a concepção dessa revisão integrativa é: 1. Definir o problema de pesquisa; 2. Selecionar a amostragem e coletar os dados em literatura científica publicada nas bases de dados escolhidas depois de filtrar os resultados com os critérios de inclusão e exclusão; 3. Avaliar os dados coletados a partir da leitura dos resumos e organizar em planilha definindo-se as informações de interesse para a pesquisa; 4. Analisar detalhadamente cada um dos estudos em sua totalidade; 5. Interpretar e categorizar dos dados; 6. Sumarizar o conhecimento evidenciado nos artigos avaliados na apresentação dos resultados da pesquisa.¹⁴

Na preparação desta revisão integrativa, inicialmente foi identificado o tema de interesse e assim elaborado o seguinte problema de pesquisa: “Qual as práticas de assistência em saúde mental na atenção primária são identificadas na literatura científica brasileira e canadense de 2015 até 2019? ”. A partir disso, foram identificadas as publicações que compuseram esse estudo com uma coleta de dados online no período do dia 6 ao dia 24 do mês de abril do ano de 2020. Esse levantamento ocorreu no arsenal científico da Biblioteca Virtual em Saúde -BVS e Scientific Electronic Library Online - SciELO pelos

Descritores em Ciência da Saúde - DeCS: 'atenção primária em saúde', 'tratamento', 'saúde mental', 'Brasil' e 'Canadá. Sendo que esses foram usados nos idiomas inglês, espanhol e português, além de serem combinados entre si pelo operador booleano 'AND'. Verificou-se a partir dessa primeira etapa de coleta de dados 11 resultados no SCIELO e 129 na BVS. Todos esses foram filtrados pelos seguintes critérios de inclusão: Trabalhos completos e com acesso livre, tendo de ter apresentado resumo para primeira análise, publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019, nos idiomas português, inglês ou espanhol que abordaram a assistência à saúde mental brasileira e canadense na atenção primária. Depois disso, houve nova submissão dos resultados encontrados aos seguintes critérios de exclusão: 1. Documentos em formatos de editoriais e carta ao editor; 2. Documentos que incluíram assistência em saúde mental em outros níveis de atenção à saúde; 3. Acessos que exijam pagamento ou cadastros no endereço eletrônico de origem; 4. Publicações fora do período determinado e 5. Artigos que não abordavam diretamente a temática proposta.

Assim, a nova lista de pesquisas pertinentes à temática investigada limitou-se a 6 resultados da SCIELO e 80 da BVS. Os artigos foram selecionados inicialmente pela leitura do título e do resumo, sendo investigado se possuíam informações que respondiam ao problema de pesquisa. Houveram 31 resultados da BVS e 1 da SCIELO, totalizando 32 publicações aparentemente pertinentes a essa análise e lidos integralmente. Desses foram excluídos 20 estudos pelos seguintes motivos: 6 exigiam pagamento para o acesso do texto completo; 5 por terem formatos de texto que se encaixavam nos critérios de exclusão; 3 por artigos duplicados nas bases de dados; 2 eram inacessíveis por não serem encontrados na rede de internet mesmo com a pesquisa em diferentes navegadores; 2 pelo acesso ser limitado a pessoas cadastradas em sites específicos relacionado ao artigo; 2 por não ter relação com o objetivo deste artigo.

A coletânea definitiva composta de 12 publicações pertinentes a esta revisão foi criteriosamente analisada e deles houveram as efetivas coletas de dados necessários para satisfação do problema de pesquisa norteadora. Com o objetivo de melhor visualização e organização dessas informações, foram elaboradas e preenchidas tabelas em planilha do programa do Microsoft Office Excel 2010, contendo: título, autoria, idioma, ano de publicação, o percurso metodológico na produção do estudo, base de dados, nacionalidade de análise sendo Brasil ou Canadá, objetivo principal estudo, resultados e conclusões da pesquisa com relação ao serviço de assistência/atendimento à saúde mental abordado na atenção primária à saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 12 publicações sobre serviços de suporte a saúde mental na atenção primária que constituíram esse estudo foram divididas em dois grandes grupos, um referente ao Brasil e o outro, ao Canadá, a fim de permitir uma melhor visualização de ambas as nacionalidades diante do tema.

Serviços de Saúde Mental na Atenção primária no Brasil:

No total, constatou-se 7 artigos referentes ao Brasil sobre a temática investigada. Quanto aos anos de publicação, no ano de 2018 houve destaque de trabalhos divulgados com três (42,8%) artigos^{1, 7, 9}, seguido pelo ano de 2015, com dois (28,5%)^{11, 10}, enquanto 2017 e 2019 tiveram em cada ano apenas uma publicação (14,2% em 2017²¹ e 14,2% em 2019¹⁸). Quanto aos idiomas, cinco (71,4%) são escritos exclusivamente em português^{7,9,10,11,21}, seguido de um (14,2%) em português e inglês¹ e um (14,2%) em inglês e francês.¹⁸ Quanto à base de dados, três (42,8%) pertencem a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - MEDLINE sigla em inglês de Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica^{1,7,9}, três (42,8%) da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS^{10,11,21} e uma (14,2%) da SciELO¹⁸. Dos métodos de pesquisa dos artigos, participaram desse trabalho 2 estudos de prevalência^{7,9}, 1 revisões sistemática¹, 1 estudo descritivo²¹, 1 artigo de revisão¹¹, 1 pesquisa descritiva-analítica¹⁰ e 1 estudo qualitativo.¹⁸

Dos objetivos dos artigos brasileiros, percebe-se uma busca considerável por investigar a experiência acerca dos serviços de tratamento e suporte a saúde mental na atenção primária com três (42,8%) trabalhos voltados para esse propósito, sendo um mais específico para a percepção dos profissionais que trabalham nesses locais²¹, outro direcionado a resolutividade desses amplos¹⁸ e um último dirigido para a redução de danos em usuários com uso abusivo de álcool e drogas.⁹

Seguido do grande interesse de averiguar a integração da assistência em saúde mental no cuidado transdisciplinar e multiprofissional na atenção primária dentro da relação do apoio matricial e a equipe de saúde da família.^{10,11} Isso foi visto como meta em dois (28,5%) estudos no tema, além de investigar a importância de um trabalho em equipe eficiente em meio a essa referência e contrareferência dos usuários.¹⁰

Outros objetivos verificados foram de uma (14,2%) publicação com interesse em associar problemas de saúde mental e o uso de serviços de saúde na atenção primária por criança e adolescente⁷ e outra (14,2%) com objetivo de relacionar doenças físicas, transtornos mentais comuns e a rede de apoio de pacientes na estrutura de atenção básica.¹

Dos serviços de saúde abordados nesses estudos referentes ao Brasil, há o acolhimento e vínculo com o paciente citado em quatro (57,1%) produções^{10,11,21}, um importante ponto da atenção primária. É expresso por um atendimento humanizado com respeito e sigilo por parte de todos os profissionais aliado a uma consulta com escuta qualificada, cuidado centrado na pessoa aperfeiçoado por sensibilidade e interesse para identificar o sofrimento, além de responsabilidade e comprometimento da ESF com o usuário e suas demandas^{10,21}. Isso associado a informação e aconselhamento como parte imprescindível do amparo em saúde mental, citado em um (14,2%) artigo.⁹ E necessidade e preocupação com o cuidado integral, essencial a resolutividade dos serviços em saúde mental, com atenção simultânea as doenças orgânicas e mentais, citado em três (42,8%) estudos.^{9,10,11} Há ferramentas de abordagem intersectorial e multiprofissional da APS, aliadas a ESF, chamadas Núcleo Ampliado de Saúde da Família -NASF- e o Apoio matricial abordadas como serviços oferecidos em cinco (71,4%) artigos^{9,10,11,18,21}. Casos complexos exigem o atendimento conjunto com a presença do generalista, especialista e o usuário, ou seja, associação do NASF e matriciamento à ESF, como concluiu uma (14,2%) pesquisa¹¹, pois possibilita a construção de uma clínica ampliada com uso do Projeto Terapêutico Singular - PTS - e facilita a identificação das demandas e negociação com essa pessoa¹⁰. Além dessas vantagens para a sociedade, há a produção de educação permanente em saúde pela partilha de competências entre profissionais e melhora do trabalho em equipe ao aperfeiçoar a comunicação e reduzir os desacordos, consequentemente aprimorando a oferta dos serviços de saúde de forma indireta¹⁰. Tornando, assim, encaminhamentos para especialidades como o Centro de Apoio Psicossocial -CAPS- ou serviço hospitalar um último recurso dos casos possíveis de manejo na APS.^{11,21}

O atendimento conjunto deixa claro o grande papel de autonomia e protagonismo do usuário do serviço como parte da resolutividade dos serviços de saúde oferecidos. Essa corresponsabilização foi citada em cinco (71,4%) artigos como essencial parte do suporte em saúde mental, o usuário traçar metas em conjunto com os profissionais em uma abordagem longitudinal de cuidado^{1,9,10,11,18}. Inclusive, quatro (57,1%) trabalhos concluíram que a corresponsabilização do paciente se mostra como uma validação do seu sofrimento pelos profissionais de saúde^{1,9,10,11} e estimula melhor adesão ao tratamento além de favorecer e fortalecer o vínculo da equipe com a pessoa¹⁰. Lembrando que a corresponsabilização pode ser usada em abordagens individuais e também pode se estender à comunidade do território de abrangência por meio da promoção emancipatória.¹

E além do papel da pessoa no seu cuidado, há a importância e valorização da ferramenta das Redes de Apoio disponíveis, principalmente a família e a comunidade, ou em casos mais específicos com a capacitação de educadores em reconhecer transtornos mentais na infância e adolescência⁷, citado em cinco (71,4%) trabalhos como essencial aos serviços de saúde na APS^{1,7,9,11,18}. Os objetivos dessa rede é diminuir estigmas, melhorar a aceitação da doença e adesão ao tratamento, sendo assim, vital a resolutividade dos serviços segundo a conclusão de dois (28,5%) estudos que incentivam o fortalecimento dessa estratégia^{1,7}.

Seguindo com os serviços da APS, são essenciais a promoção e prevenção em saúde mental citadas em quatro (57,1%) trabalhos^{9,10,11,21} e o uso de abordagens em grupo junto da abordagem individual também citados em quatro (57,1%)^{1,9,11,18}, como por exemplo a terapia comunitária, grupos de autoajuda para familiares e grupo de refratários ou somatizadores, desde que sejam propostas de tarefas operacionalizáveis com a realidade da população da abrangência da APS concluída por um (14,2%) artigo¹¹.

Apesar de todos esses artifícios exclusivos e facilitados pelo modelo ideológico da APS que cumprem as diretrizes e princípios do SUS ao superar o cuidado focado na doença do antigo modelo hospitalocêntrico, no cotidiano descrito pelos artigos que constituem esse estudo percebe-se muitas contrariedades.

Destaca a farmacoterapia como principal serviço de suporte a saúde mental, citada em cinco (71,4%) artigos, e muito associada a uma desvalorização do sofrimento humano por médicos que atendem na atenção básica, seguida de um encaminhamento^{7,9,11,18,21}. Com isso os profissionais, na prática, mostram-se tendenciosos ao antigo modelo biomédico diante de queixas de saúde mental, não investigando a pessoa em seu aspecto multidimensional e sistêmico, valorizando queixas orgânicas em detrimento das queixas subjetivas e tudo isso reduz a consulta à uma transferência para unidades especializadas¹¹. Processo de desresponsabilização da atenção primária pelos pacientes com transtornos mental e consequente desassistência a eles. É necessário melhor manejo e melhor diagnóstico. O uso da farmacoterapia e psicoterapia combinados foi citado em apenas um (14,2%) trabalho¹⁸. E uma publicação, mais específica para usuários em abuso de álcool e drogas, cita o uso da técnica de redução de danos e a terapia de substituição que inclusive conclui que tais técnicas colaboraram para melhores condições de vida e sobrevivência com a inserção dessa população na rede de atenção e assistência social, evitando a marginalização (14,2%)⁹.

Três (42,8%) artigos concluíram sobrecarga sobre o sistema especializado na prática devido a excesso de encaminhamentos pela APS, de caso até mesmo manejáveis nesse nível de atenção à saúde, justificada pela resistência da ESF de cuidar do sofrimento psíquico^{11,16,21}. Resultando em difícil acesso desses níveis de tecnologia mais elevados devido longos períodos de espera e consequente desassistência de casos que realmente necessitam, principalmente para usuários infantis ou adolescentes, em que é escasso os profissionais especializados na área⁷. Enquanto se faz, para compensar essa problemática, pequenas ações, curtos cursos e / ou atividade conjunta com a equipe de matriciamento na APS que é pouco²¹, três (42,8%) estudos concluíram o matriciamento como avanço e inovação no atendimento da ESF e ele necessita ser mais valorizado como alternativa de planejamento, gestão e avaliação do atendimento de pessoas em sofrimento psíquico^{10,11,21}.

Diante disso, quatro (57,1%) estudos concluíram a urgência de uma melhor articulação da Rede de Serviços de Atenção em Saúde pela ESF na APS quando atende e encaminha as pessoas com problemas de saúde mental a outros níveis de cuidado^{10,11,18,21}. É uma ruptura entre a prática brasileira e os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica a falta de um bom acolhimento e manejo multidisciplinar e transdisciplinar de uma abordagem inicial na porta de entrada em substituição por resoluções imediatas por transferências e encaminhamentos para unidades especializadas, principalmente o CAPS¹⁰. Essa falha ocorre pela ausência de uma integração efetiva da rede de cuidado, concluída em um (14,2%) estudo²¹, e pelos fatores que dificultam o atendimento e tratamento na APS tornando insuficiente a atenção à saúde das demandas sociais dos diversos grupos populacionais, inclusive o pediátrico⁷.

Dentre esses fatores, está a preocupante resistência dos profissionais da APS em manejar pacientes com problemas de saúde mental ligada ao insatisfatório nível de capacitação profissional em saúde mental concluída por seis (85,7%) pesquisas^{7,9,10,11,18,21}. Os generalistas são aptos a intervir na urgência psiquiátrica, porém em situação de um cuidado integral e com abordagem longitudinal, que é a proposta desse nível de atenção à saúde, percebe-se a inexistência de um acompanhamento efetivo das pessoas com queixa psíquica¹¹.

Além disso, há peculiaridades do cotidiano da APS que são barreiras como a dificuldade de aliar uma escuta qualificada e a sobrecarga de trabalho, pois há alta demanda de atendimentos e cobrança constante por produtividade pelo órgão gestor que resulta em limitada disponibilidade de tempo para uma consulta com escuta adequada a atender a

demanda desses pacientes dificultada ainda mais pela ausência de horários específicos para a população com transtorno mental, além de exaustão dos profissionais e um sistema de referência congestionado^{7,10,11}. Há carência dos valores necessários a um bom trabalho em equipe como o compartilhamento de objetivos, papéis claros, confiança mútua, comunicação efetiva, avaliação de processos e resultados no reforço constante da harmonia em equipe^{10,18}. Insuficiente honestidade e humildade dos profissionais da ESF em receber orientações de um especialista, principalmente no contexto de diminuto embasamento teórico para fundamentar ações que satisfazem a demanda de pessoas com sofrimento psíquico ou na falta de clareza de papéis e responsabilidades das equipes frente ao descompasso de informações entre setores devido à dificuldade de comunicação que interferem negativamente na condução do tratamento em meio a referências e contrarreferências¹⁸.

E além dos fatores relacionados a execução dos princípios pelos profissionais da ESF, há os ligados a gestão dos recursos da APS que diretamente afetam os serviços nesse nível de atenção. Garantir acesso a cuidados de saúde e serviços sociais foram citadas em quatro (57,1%) trabalhos^{9,10,11,21}. O acesso geográfico e organizacional pode incluir peculiaridades que favorecem ou impedem as pessoas de receber os cuidados que demandam, porém, a barreira mais significativa está na carência de apoio comunitário e político relacionado a saúde mental concluído por quatro (57,1%) estudos^{9,10,11,18} mostrando falta de visibilidade à saúde mental, principalmente para populações em uso de álcool e drogas⁹. Isso se deve aos estigmas culturais e históricos que necessitam ser superados, são dificuldades da garantia de acesso aos serviços, a auto estigma das pessoas com sofrimento psíquico e negação da doença, a desvalorização de sintomas subjetivos pelos profissionais de saúde e os preconceitos na sociedade¹⁸.

O insuficiente atendimento às necessidades dessa população levou um artigo (14,2%) a concluir à necessidade de contar com a colaboração de outros setores governamentais, organizações não governamentais, dispondo de recursos humanos e financeiros para a efetividade do cuidado em saúde em frente a todas essas dificuldades¹¹.

Além das conclusões abordadas, três (42,8%) estudos^{9,10,11} concluíram à necessidade de mais publicações sobre o tema, principalmente sobre o matriciamento^{7,10} e dos usuários da unidade primária que se encaixam na população que abusa de álcool e drogas⁹.

Serviços de Saúde Mental na Atenção primária no Canadá:

São 5 artigos canadenses pertinentes ao tema no total. Quanto aos anos de publicações, o ano de maior número de publicações foi 2015 com três (60%) estudos^{6,16,17}, seguido de

2018 com dois (40%)^{5,20}. Todos os trabalhos são escritos exclusivamente em inglês e todos pertenciam a base de dados da MEDLINE^{5,6,16,17,20}. Com relação ao método de estudo das pesquisas, encontram-se 2 estudos de prevalência^{5,16}, 1 estudos fenomenológico²⁰, 1 estudo transversal⁶ e 1 estudo qualitativo¹⁷.

Dos objetivos das publicações canadenses, há predomínio da busca pela associação de doenças de saúde mental e o uso de serviços de saúde na atenção primária com três (60%) trabalhos sobre isso, sendo um voltado especificamente para ansiedade social⁵, outro para o Transtorno de Ansiedade Generalizada¹⁶ e o último para a saúde do imigrante⁶. Das outras duas publicações, uma (20%) tinha como meta explorar as experiências dos profissionais de saúde em equipes de clínica de memória, um serviço da atenção primária de suporte a Doenças de Alzheimer e demências relacionadas –ADRD²⁰, e a outra (20%) identificar os mecanismos implícitos ao precário acesso à atenção primária para a saúde mental por usuários dos serviços com problemas mentais comuns e/ou uso de substâncias.¹⁷

Já dos serviços de saúde mental abordados nos artigos referentes ao Canadá, todos citaram a farmacoterapia^{5,6,16,17,20}. Seguida da importância da informação e aconselhamento coadjuvante ao tratamento devido a ignorância sobre a doença ser uma barreira à adesão ao tratamento, sendo citada em quatro (80%) artigos^{5,16,17,20}.

Depois, há a garantia ao acesso a cuidados de saúde e serviços sociais como essencial a resolutividade do apoio a saúde mental, abordada em três (60%) estudos^{6,16,17}. No Canadá, são relatadas barreiras socioeconômicas principalmente relacionado a pobreza, moradia instável e / ou falta de transporte¹⁶. Junto disso há o dado da carência de apoio comunitário e político a saúde mental, concluída por três (60%) artigos^{5,16,17}, foi constatado que pessoas com problemas de saúde mental e / ou uso de substâncias têm pior acesso e menor qualidade dos cuidados primários recebidos em comparação com aqueles sem¹⁷. Outras dificuldades são o estigma presente entre a população e os profissionais de saúde, a experiência negativa de saúde mental e efeitos colaterais dos medicamentos ou outras substâncias. Para exemplificar, usuários com ansiedade ou psicose podem apresentar em ambiente de sala de espera lotada, especialmente se envolve longos tempos até o atendimento, ou consultas matinais, exacerbações de seus quadros ou desafios em cumprir o horário marcado devido nessas pessoas haver grande prevalência de dificuldades para dormir e /ou uso de medicamentos que dificultam o despertar. Toda essa experiência muitas vezes dificulta o cumprimento de compromissos, resultando em

frustrações tanto para a pessoa quanto para os profissionais de saúde e frequentemente barra ou atrasa os cuidados necessários.¹⁷

Já mais especificamente, as barreiras relacionadas aos serviços em saúde mental para os imigrantes, se caracterizam pela proficiência na língua inglesa e classe de entrada para admissão do visto. Além da experiência em saúde do país de origem como serviços culturalmente insensíveis, percepção excessiva de médicos para fornecer intervenções farmacêuticas ou lembranças de médicos com atitude desdenhosa e tempo limitado em encontros anteriores no acesso dos serviços de saúde citado em um (20%) artigo⁶.

A necessidade de capacitação profissional foi conclusiva em quatro (80%) pesquisas sendo assim também bastante significativa^{5,16,17,20}. Na realidade canadense, foram relatados falta de conhecimento adequado sobre saúde mental e / ou questões de uso de substâncias, ausência de disposição na abordagem dessas questões no âmbito da prática de atenção primária, consultas rápidas, valores e atitudes pessoais dos servidores da saúde mental permeadas de estigma e discriminação, especialmente se ligadas à pobreza, falta de moradia e criminalização¹⁷. A sub-deteção e subtratamento da SAD enquanto há valorização de comorbidades como depressão e outros transtornos relava a ausência de um cuidado integral⁵.

Essas constatações refletem desafios para reconhecer e tratar os transtornos mentais na APS¹⁶. O tempo limitado de cada consulta devido à alta demanda e constante cobrança por produtividade pelos órgãos gestores é insuficiente e dificulta a escuta qualificada para atender as necessidades de saúde dessa população, isso foi conclusivo em dois (40%) trabalhos^{6,20} e não há relatos de disponibilidade de grupos de aconselhamento ou apoio. Assim, o modelo de atenção primária é uma barreira para a atenção a essa população com sofrimento psíquico¹⁷.

Tudo isso levou a concluir três (60%) pesquisas a necessidade de melhor articular a rede de serviço integrada e maior necessidade de trabalho em equipe entre os profissionais de saúde, relações permeadas pela falta de comunicação e colaboração são as principais barreiras para o atendimento de qualidade de saúde mental^{5,17,20}. Ainda mais com a presença de sobrecarga do sistema especializado afirmado em três (60%) estudos^{6,17,20}.

E além de garantir o serviço, outro pilar muito importante é a necessidade de uma clínica ampliada com abordagem conjunta do generalista e especialista por programas multidisciplinares e intersetoriais através de um cuidado colaborativo citado em três (60%) trabalhos^{6,17,20}.

Dois (40%) artigos abordaram a família e comunidade informada como um apoio ao paciente e parte do tratamento de saúde mental^{6,20}. Inclusive, um (20%) estudo concluiu e estimulou o uso dessas redes de apoio como essencial para o cuidado²⁰. Assim como dois (40%) artigos enfatizaram a importância de um acolhimento e criação de um vínculo forte e escuta qualificada e cuidado centrado na pessoa como essenciais nesse suporte a saúde mental^{17,20}. E dois (40%) trabalhos falaram sobre as psicoterapias, principalmente a Terapia de Resolução de Problemas - TCC, como serviços de tratamento^{5,16} apesar da dificuldade de continuidade com um número suficiente de sessões pois embora seja melhor o prognóstico, usuários que trabalham ou estudam em tempo integral têm menor adesão a essa forma de tratamento, como foi constatado por um (20%) estudo⁶.

Além disso, há a importância dada por dois (40%) artigos na associação da psicoterapia e farmacoterapia como tratamento resolutivo, idealmente feitas por um mesmo profissional com cuidado longitudinal. Isso, apesar de não ser formalmente recomendada em diretrizes de prática clínica canadense, é usada em pacientes arresponsivos ou parcialmente responsivos⁵.

Abordado em menor intensidade, temos a importância do cuidado integral com atenção a saúde física e mental concomitantes abordada em um (20%) estudo¹⁷ e uma particularidade dos artigos referentes ao Canadá foi a abordagem de uma clínica de memória na atenção primária em saúde citado em um (20%) artigo²⁰.

Não houveram citação nesses artigos de prevenção e promoção em saúde mental, necessidade de corresponsabilização do paciente sobre sua participação na melhora de sua saúde própria. E nem de abordagens em grupo como auxiliar dos tratamentos individuais.

Além disso, três (60%) pesquisas concluíram necessidade de mais publicações sobre o tema.^{5,6,17}

Principais semelhanças e diferenças dos sistemas de assistência à saúde mental

Considerando os sistemas, serviços e políticas de saúde mental fenômenos complexos como são, é preciso reconhecer as dificuldades inerentes ao processo de comparação enfrentando o desafio de seccionar as informações alvos das publicações que possibilite a comparação relacionando-as a um contexto social, histórico, econômico e político.¹²

Quanto aos trabalhos, notou-se que os artigos brasileiros tinham maior interesse na experiência em saúde mental dos usuários e profissionais com ESF com sua proposta multiprofissional aliado a apoio matricial e NASF enquanto os trabalhos canadenses

objetivavam saber da associação de doenças de saúde mental mais específicos e os uso de serviços de saúde.

Nos artigos brasileiros, percebe-se maior preocupação com um cuidado humanizado com ênfase no acolhimento e necessidade de um vínculo da ESF com um paciente protagonista no seu cuidado com a saúde, ativo e opinante no seu tratamento, aliado a rede de apoio necessária e abordagem de grupos por meio de trabalhos multiprofissionais pelo apoio matricial e / ou NASF em educação permanente em saúde coadjuvante a farmacoterapia, se esta for necessária. Além disso, há mobilização para prevenção e promoção de saúde mental facilitado por esse nível de atenção. Enquanto os artigos canadenses são mais voltados para uma abordagem individual e intervencionista na doença embasada em acolhimento e forte vínculo com o paciente aliado a farmacoterapia e informatização das informações dos usuários e da sua rede de apoio na comunidade e família por um trabalho multiprofissional em consultas compartilhadas. Também são levantadas as psicoterapias com mais ênfase do que os artigos brasileiros.

Embora isso, na prática se verifica um intenso uso de farmacoterapia seguido de encaminhamentos para serviços mais especializados nos dois países e os artigos que citaram isso mostram a desresponsabilização da atenção primária com esses usuários e, consequente, desassistência. É visível um ciclo vicioso que inicia com o excesso de encaminhamentos de casos manejáveis na APS, segue com superlotação dos serviços especializados e longas filas de espera por atendimento que pioram os quadros a ponto de não serem manejáveis na APS. Portanto, incapacidade de atendimento à demanda populacional com esses problemas agravados pela falha do trabalho em equipe entre os profissionais de saúde em meio as transferências e contratransferências e a dificultosa garantia de assistência em saúde mental por características geográficas, ambos os países têm extenso território, e capitalismo como economia, que podem influenciar a organização dos serviços quanto ao financiamento. Além de preconceitos que são barreiras ao cuidado em saúde mental, principalmente se ligado a condições socioeconômicas de pobreza e vulnerabilidade como os grupos de uso de álcool e drogas. Toda essa problemática tem três raízes: nos estigmas ainda existentes em ambas as culturas sobre a saúde mental na qual afeta o profissionais, a população, inclusive os próprios pacientes portadores de sofrimento psíquico e os políticos que dão pouca visibilidade ao problemas de saúde mental; na falta de capacitação da equipe de saúde da atenção primária, na qual artigos de ambas as nacionalidade levantaram a importância de um cuidado integral e a dificuldade dos profissionais cumprirem isso; e na falha na gestão

do serviço de saúde em relação a saúde mental por essa exigir muito tempo de consulta, indisponível pela alta demanda de atendimentos na atenção primária e pouco tempo ofertado aos usuários durante esses atendimentos.

Sendo concluído nos artigos de ambas as nacionalidades, a necessidade de capacitação profissional a fim de uma melhor abordagem dos casos de sofrimento psíquico e adequados manejos incluindo quando for necessário encaminhamento, superação dos estigmas e maior tempo de consulta para um melhor acolhimento e execução de uma escuta qualificada.

E além disso, tanto nas publicações do Brasil quanto do Canadá, uma média de 50% dos artigos concluíram a necessidade de produção de mais trabalhos sobre o tema de saúde mental na atenção básica.

4 CONCLUSÃO

Os cuidados em saúde mental ainda passam por um processo de luta para produção de práticas em saúde que promovam a qualidade do atendimento e a garantia dos direitos dos usuários, escapando do antigo modelo hospitalocêntrico. A desconexão entre a teoria e prática de como os sistemas de atenção à saúde são executados consiste em um aspecto central nesta discussão.

Necessita-se de maior capacitação dos profissionais da atenção primária devido a eles serem a base fortalecedora de todo os dois sistemas, e assim, peças fundamentais no cuidado desses usuários. Devem ser hábeis em acolher, informar, diagnosticar e tratar problemas de saúde mental manejáveis nesse nível de atenção com responsabilidade com o usuário ativo no cuidado com a própria saúde, usando das ferramentas a sua disposição como o trabalho transdisciplinar da equipe multiprofissional como o apoio matricial e promoção de movimentos e atividade que cabem a esse nível de atenção. Serem sábios quanto a transferências para os níveis superiores de atenção e acompanhando essa pessoa pela contratransferência de forma longitudinal e sempre atentar ao caráter mutável da medicina com busca constante de uma educação permanente através do apoio com outros profissionais de saúde.

Ação da gestão de oferecer visibilidade, serviços acessíveis adequados à demanda populacional da grande extensão territorial e os financiamentos adequados para os trabalhos na APS com relação a pessoas com problema de saúde mental.

E além disso, necessita-se de mais publicações sobre a temática. O conhecimento nos dois países sobre a temática é limitado e de pouca visibilidade, além de necessitar de mudanças para melhorar a assistência às pessoas com problemas de saúde mental.

5 REFERÊNCIA

1. ARAGÃO, E. I. S.; CAMPOS, M. R.; PORTUGAL, F. B.; GONÇALVEZ, D. A.; MARI, J. J.; FORTES, S. L. C. L. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciênc. & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2339-2350, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21012016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000702339. Acesso em: 06 abr. 2020.
2. BARBER, R.M.; FULLMAN N. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, [S. l.], v. 390, n. 10091, p. 231-266, 15 July 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30818-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28528753/>. Acesso em: 06 nov. 2020.
3. BRANDÃO, J. R. M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. 1, 10 jan. 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00178217. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00178217.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas (CGMAD). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, MS, 7-10 nov. 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 09 nov. 2020.
5. CHAPDELAIN, A.; CARRIER, J. D.; FOURNIER, L.; DUHOUX, A.; ROBERGE, P. Treatment adequacy for social anxiety disorder in primary care patients. **PLoS One**, [S. l.], v. 13, n. 11, p. [e0206357], 5 nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206357>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0206357>. Acesso em 07 abr. 2020.
6. DURBIN, A.; MOINEDDIN, R.; LIN, E.; STEELE, L. S.; GLAZIER, R. H. Mental health service use by recent immigrants from different world regions and by non-immigrants in Ontario, Canada: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, [S. l.], v. 15, p. 336, 20 aug. 2015. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0995-9>. Acesso em: 07 abr. 2020.
7. FATORI, D.; BRETANI, A.; GRISI, S. J. F. E.; MIGUEL, E. C.; GRAEFF-MARTINS, A. S. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na Atenção primária. **Ciênc. & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3013-3020, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.25332016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000903013. Acesso em: 07 abr. 2020.

8. FRAZATTO, C. F.; BIGATTO, K. R. Os organismos comunitários em saúde mental no Quebec, Canadá. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 25 nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290315>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n3/e290315/pt/>. Acesso em: 08 nov. 2020.
9. GOMES, T.B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000702327. Acesso em: 06 abr. 2020.
10. HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais de Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n2/371-382/>. Acesso em: 07 abr. 2020.
11. HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 383-393, fev. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n2/383-393/>. Acesso em: 07 abr. 2020.
12. HORTALE, V.A.; CONILL, E. M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 79-88, jan./ mar. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100009>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 09 nov. 2020.
13. JUNIOR, G.B.; SILVA, P.L.B.; DAIN, S. Série técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 13. **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica**. Brasília: OPAS, MS, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_setor_saude_americas.pdf. Acesso em: 08 nov. 2020.
14. MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71411240017.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.
15. PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**,

Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010002>. Acesso em: 06 nov. 2020.

16. ROBERGE, P.; NORMAND-LAUZIÈRE, F.; RAYMOND, I.; LUC, M.; TANGUAY-BERNARD, M. M.; DUHOUX, A.; BOCTI, C.; FOURNIER, L. Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. **BMC Family Practice**, [S. l.], v. 16, p. 146, 22 oct. 2015. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0358-y>. Acesso em: 07 abr. 2020.

17. ROSS, L. E.; VIGOS, S.; WISHART, J.; WAESE, M.; SPENCE, J.D.; OLIVER, J.; CHAMBERS, J.; ANDERSON, S.; SHIELDS, R. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. **BMC Family Practice**, [S. l.], v. 16, p. 135, 13 out. 2015. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0353-3>. Acesso em: 07 abr. 2020.

18. ROTOLI, A.; SILVA, M. R. S.; SANTOS, A.M.; OLIVEIRA, A. M. N.; GOMES, G. C. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 18 mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lang=pt. Acesso em: 24 abr. 2020.

19. SANTOS, J. C.; MELO, W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, jan./jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110107>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007. Acesso em: 07 nov. 2020.

20. SHEIBAN, L.; STOLEE, P.; MCAINEY, C.; BOSCAR, V. Health care provider experiences in primary care memory clinics: a phenomenological study. **BMC Family Practice**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 68, 19 may. 2018. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0756-z>. Acesso em: 07 abr. 2020.

21. SILVA, S. M.; SILVA, A. M.; SOUZA, A. R.; MOURA, A. D. A.; LIMA, G. G.; FEITOZA, A. R. Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 25, p. [e16926], jan./dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.16926>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16926/22364>. Acesso em: 06 abr. 2020.

22. WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 19, n. 55, out./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n55/1121-1132/>. Acesso em: 07 nov. 2020.

23. WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 52, n. 5, p. 546-553, 16 Feb. 2005. Disponível em:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.465.9393&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.