

PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ester Lavratti Pereira¹

Mariana Toniato¹

Maurício Lanzini¹

Ray Costa Brito¹

Ana Paula Pereira²

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica revolucionou o eixo da saúde mental, buscando consolidar práticas em saúde que visassem à melhoria da abordagem no atendimento aos portadores de transtornos mentais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Teve-se como objetivo a identificação de quais são as práticas de saúde mental na APS, assim como verificar se há preparo profissional da equipe multidisciplinar para realizar as práticas de saúde mental na APS e identificar a importância da inclusão social do doente mental. Realizou-se um levantamento de dados nacionais e internacionais por meio da revisão de publicações da área da saúde em bases de dados científicos, como CAPES, PubMed, OMS, Scielo, EBSCO e Google acadêmico, com os seguintes descritores: profissionais, prática, saúde mental, preparo, inclusão social do doente mental, trabalho e saúde mental. Foram utilizados 13 artigos publicados entre 2005 e 2016. O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de diversas diretrizes que fundamentam as práticas de saúde a serem exercidas na APS. Entretanto, barreiras são encontradas quando a teoria deve ser posta em prática. As práticas em saúde mental trouxeram um olhar mais social e humanizado acerca do cuidado aos portadores de transtornos mentais. Nesse sentido, embora avanços sociais tenham sido conquistados com a idealização de tais práticas, sua aplicação ainda é um desafio para a saúde brasileira.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária. Práticas.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, existiram distintas concepções acerca do transtorno mental. Na Antiguidade, a loucura era privilégio, visto que era utilizada para ter acesso às divindades, não sendo necessário o tratamento e quase inexistindo a exclusão da pessoa. Já na Idade Média, a loucura passou a ser associada à possessão demoníaca, passando a ser atribuída a uma série de comportamentos diferenciados relacionados ao diabólico. No século XVII, época do Mercantilismo, todos aqueles que não eram capazes de contribuir com o lucro começaram a ser encarcerados, passando a repressão a ser de caráter econômico. Nessa época, foram criados em toda a Europa estabelecimentos de internação onde ficavam todos os indivíduos que comprometiam o sistema. Não havia nenhum tipo de distinção entre marginalizados, perversos, miseráveis e loucos. Chegando ao final do século XVIII, a Revolução Francesa trouxe os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade e, além disso, o questionamento sobre as internações em condições desumanas. Assim, tem-se o início da reforma do espaço hospitalar, liderada por Pinel, na qual surgiram os primeiros hospitais psiquiátricos.

A inauguração do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro. No decorrer dos anos, os hospitais psiquiátricos aumentaram em número; sua qualidade, porém, era cada vez mais precária, exigindo uma reforma total para o melhor tratamento de doentes mentais. Assim, o ano 1978 no Brasil foi marcado pelo movimento social a favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Por

¹ Graduandos no Curso de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; esterlavrattipereira@yahoo.com.br; mtoniato2@gmail.com; mauricio_lanzini123@hotmail.com; raycb17@hotmail.com

² Mestre em Biociências e Saúde; Professora nos Cursos de Psicologia e Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Psicóloga; ana.pereira@unoesc.edu.br

meio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), começou-se a denunciar as práticas de violências em manicômios e a criticar o modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos. Nesse período, a Reforma Psiquiátrica se estabelece como política federal.

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2005, p. 9).

Os transtornos mentais constituem quatro das 10 principais causas de incapacitação no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) contabilizou aproximadamente 450 milhões de pessoas com transtornos psiquiátricos, tendo maior prevalência em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. As perturbações psiquiátricas afetam pessoas de todas as classes sociais, de qualquer sexo e idade e independem de classe econômica. Os impactos da doença psíquica atingem o indivíduo, a família e a comunidade em geral.

Certas doenças psíquicas fazem com que seus portadores se tornem incapazes de participar de atividades sociais normais e de assumirem suas responsabilidades diante da sociedade, por isso têm sido tão consideradas nos últimos anos. Essa preocupação se tornou evidente na esfera pública quando o setor de saúde passou a fornecer condições de melhoria no tratamento de doentes mentais, não os excluindo e lhes fornecendo uma terapia na rede de APS como a oferecida a todas as outras doenças.

2 METODOLOGIA

Utilizou-se referencial da pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Este trabalho foi realizado em 2017, nos componentes curriculares de Metodologia Científica, Metodologia da Pesquisa e Produção de Textos, por meio da metodologia ativa *ProblemBased Learning (PBL)*, com intuito de uma prática pedagógica que integre interdisciplinarmente os componentes curriculares de modo a estimular a aprendizagem significativa e contextualizada dos alunos, promovendo a pesquisa dentro da universidade.

Realizou-se um levantamento de dados nacionais e internacionais por meio da revisão de publicações da área da saúde em base de dados científicos, como CAPES, PubMed, OMS, Scielo, EBSCO e Google acadêmico, com os seguintes descritores: profissionais, prática, saúde mental, preparo, inclusão social do doente mental, trabalho e saúde mental. Foram utilizados 13 artigos publicados entre 2005 e 2016.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Os programas de saúde mental desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde seguem os preceitos das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como são orientados pela Política Nacional de Saúde Mental. No que se refere às suas práticas, muito se tem discutido sobre quais seriam as abordagens corretas a serem tomadas diante de portadores de transtornos mentais de um determinado território, além de indagado sobre o preparo profissional que a equipe de saúde da família possuiria para exercê-las.

Segundo Frateschi e Cardoso (2016), as práticas em saúde mental devem ser ações de longo prazo e que envolvam diversos setores da sociedade, ultrapassando as barreiras dos serviços de saúde,

dotadas de abrangência e centradas no dia a dia dos portadores de doenças mentais, em uma forma de humanização do cuidado. Já para Correia, Barros e Colvero (2011), tais práticas somente são possíveis de serem desenvolvidas se houver investimento na qualificação dos profissionais da atenção básica, a fim de que eles sejam treinados desde a sua formação até como intervir em seu território no âmbito da saúde mental.

De acordo com Correia, Barros e Colvero (2011), foram identificadas três ações principais realizadas na APS em relação à saúde mental: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares, vínculo e acolhimento, encaminhamento e oficinas terapêuticas.

Em relação à visita domiciliar, como exposto por Correia, Barros e Colvero (2011, p. 1503),

[...] os profissionais realizam atividades de acompanhamento no uso adequado de medicação do doente, aquisição de receitas de psicotrópicos, esclarecem dúvidas dos familiares sobre a doença mental e orientações para o manejo de comportamentos do familiar com sofrimento mental, com o objetivo de melhorar o convívio entre os familiares, incluir a família no tratamento e, sobretudo, estreitar o vínculo.

Assim, diante de tal prática, é possível que o profissional enxergue o paciente como um todo, compreendendo os determinantes sociais que o condicionam e quais as estratégias mais plausíveis de serem adotadas de modo a interferir no seu cotidiano, sob a perspectiva da melhora da qualidade de vida do doente e de seus familiares.

Com tal perspectiva, busca-se a integralização do paciente com o seu meio, quebrando a ideia de que apenas a internação hospitalar é capaz de auxiliar o portador de transtornos mentais, algo que não se encaixa mais ao modelo psiquiátrico da Era Moderna (BARONI; FONTANA, 2009; PINTO et al., 2012 apud FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

A visita domiciliar possibilita a criação de vínculos entre o portador de transtorno mental, sua família e a APS, tornando-a um centro de escuta, compreensão e ação de sua comunidade. Quanto mais vínculos forem estabelecidos, maior é a confiança do paciente no profissional e vice-versa, melhorando a terapêutica e obtendo resultados mais satisfatórios no que se refere à melhora da qualidade de vida de seu território.

Outra atividade comum nas práticas em saúde mental na APS é o encaminhamento de doentes mentais, que consiste, segundo Correia, Barros e Colvero (2011, p. 1504) em “[...] consultas com o médico clínico para o atendimento de queixas físicas, aquisição de receitas para adquirir psicotrópicos e também encaminhamento para consultas especializadas para centro de convivência; para o CAP; para o ambulatório.” O problema, porém, reside na “empurroterapia”, ou seja, profissionais simplesmente passam os casos adiante sem resolvê-los. Para evitar tal fenômeno, faz-se necessária uma articulação entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com um núcleo multiprofissional preparado para fornecer um suporte integrado ao paciente em suas diversas disciplinas, no intuito de garantir o atendimento e a resolutividade que é atribuída à atenção primária.

Com relação à categoria relativa ao tema *oficinas terapêuticas*, estas são referenciadas [...] como as atividades grupais desenvolvidas pela equipe do ESF, das quais os portadores de transtornos mentais participam. Estas são desenvolvidas ou na UBS ou na própria comunidade. São várias as atividades desenvolvidas entre elas: oficinas de artesanato, oficina de trabalhos manuais, grupos de caminhada, terapia comunitária, oficina de pintura, recepção de saúde mental, atendimentos individuais e, quando necessário, incorporação e participação da família. (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011, p. 1505).

É comprovado que atividades grupais são benéficas para o tratamento de portadores de transtornos mentais. A criação de grupos, especialmente aqueles com temas pré-fixados, é importante porque permite o compartilhamento de experiências entre doentes e familiares, facilitando a integração social e a dinâmica da comunidade (SILVEIRA; VIEIRA, 2009 apud FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

Assim, a inserção de tais práticas em saúde mental é de extrema importância para que a equipe da APS saiba atender aos portadores de transtornos mentais de seu território. Entretanto, ainda há barreiras que precisam ser enfrentadas para que tais práticas sejam implantadas. Segundo Correia, Barros e Colveiro, a problemática reside nas diferenças gritantes que existem no território brasileiro, sendo necessária a uniformização da implantação das práticas de saúde mental na APS, uma vez que elas geralmente ficam a cargo do profissional da equipe ou do gestor local. Necessita-se, portanto, de uma metodologia específica e de um estudo detalhado para que se construam diretrizes em torno da realização de tais práticas, obtendo informações sobre sua efetividade e aplicabilidade.

3.2 PREPARO PROFISSIONAL DA EQUIPE PARA REALIZAR AS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA APS

O ser humano possui o direito de integralidade de assistência à saúde, sendo este firmado pelos princípios e diretrizes de saúde mental na atenção básica que visam, além do tratamento, à reinserção social do portador de doença psíquica. Entretanto, na maioria das vezes, a atenção básica de saúde sofre com problemas em relação à precariedade da atenção à saúde mental, principalmente por impasses pela operacionalização de uma rede de cuidados com capacidade de se desenvolver em um âmbito social mais amplo, além dos limites do lar. Esse empecilho se deve principalmente pela falta de preparo dos profissionais de saúde.

Grande parte das doenças mentais pode ser tratada pelas Unidades de Saúde da Família, visto que estas estão em contato direto com a população que deve ser assistida. Os profissionais da saúde devem estar inseridos em uma dinâmica que vai ao encontro da comunidade, integrando a saúde psíquica com a saúde geral do indivíduo. Desse modo, o tratamento deve levar em conta a sociedade em que o paciente está inserido, as condições de vida e o perfil epidemiológico da doença.

Segundo Camuri e Dimenstein (2010), os processos de trabalho em saúde na atenção básica seguem uma hierarquia, pois se considera o método do especialismo. As equipes se esquivam das responsabilidades e as encaminham para médicos especialistas em saúde mental.

Nessa configuração, no trabalho em saúde na atenção básica, o saber médico e biologizante “impede” outra produção de cuidado em saúde por parte de outros trabalhadores, em especial os ACS que não se sentem empoderados para realizar práticas de cuidado, acolhimento e estabelecimento de redes de circulação para os usuários a partir do conhecimento que adquirem com a experiência diária no território onde trabalham. Nessa circunstância, a equipe de saúde da família entra em antiprodução, que é um processo de destruição das realidades produzidas ou impedimento de sua produção. (BAREMBLITT, 1992 apud CAMURI; DIMENSTEIN, 2010, p. 7).

Entre os pacientes encaminhados, cerca de 80% não possuem uma demanda que explique a necessidade de um cuidado especializado, o que reflete o problema de definição de responsabilidades. Não há um apoio matricial nas equipes de saúde da atenção básica, ou seja, não existem arranjos organizacionais e metodologias de trabalho interdisciplinar em saúde que proponham mudanças entre as relações dos níveis hierárquicos no sistema de saúde.

Descentralizar a Saúde Mental para os territórios foi uma conquista cara à Reforma Psiquiátrica e consideramos necessário aprimorar esse modelo, vinculando cada vez mais a assistência com a análise e utilização do território e da rede social, a fim de desenvolver uma clínica implicada com a constituição de sujeitos saudáveis em sua afetividade e em suas relações sociais, e mais potentes

para transformar a realidade. Ainda, consideramos essa tensão estabelecida entre os profissionais de Saúde Mental e as equipes de referência como uma força saudável, capaz de desestabilizar o instituído e pôr a prática em movimento em torno das reflexões nascidas da fertilidade desse encontro. (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2007, p. 8).

Há muitos casos de doentes mentais nas unidades básicas. Porém, relatos afirmam que muitos profissionais não realizam o acompanhamento adequado dos pacientes, visto que entre os trabalhadores há desconforto, impotência, indiferença e muitas dúvidas em relação ao que deve ser feito com os doentes mentais na ESF. As equipes não possuem nenhum tipo de orientação sobre como intervir em certos casos, fazendo com que os pacientes acabem sendo isolados socialmente e se tornam não adeptos ao tratamento (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010). A capacitação dos profissionais deve ser realizada ainda nas instituições de ensino, onde é possível obter uma formação adequada para tratar doentes mentais na ESF. Tal falha na capacitação profissional decorre da recente instauração da saúde mental no currículo acadêmico e da recente descentralização do cuidado com o doente pressuposto pela Reforma Psiquiátrica.

Ademais, os profissionais de saúde se mostram preocupados a respeito da eficácia de suas intervenções, no sentido de que elas apenas gerariam resultados imediatos, e não em longo prazo. De tal modo, estratégias longitudinais mostram-se mais resolutivas para a saúde mental, sendo realizado um cuidado mais abrangente e interligado com o dia a dia das pessoas.

Além disso, as propostas de intervenção das unidades básicas têm foco na saúde da mulher, dos hipertensos e dos diabéticos. Outros tipos de patologias ou situações que requerem atenção, como é o caso das doenças mentais, ficam sem um cuidado sistemático, pois, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), as ESF deveriam dar prioridade aos grupos populacionais de risco e trabalhar com a vulnerabilidade deles.

Desse modo, para que os profissionais estejam aptos a realizarem com eficácia as práticas de saúde mental na APS é necessária uma melhor preparação de todos os profissionais de saúde, não apenas de médicos. A prática será efetiva quando a sociedade em conjunto com governo e profissionais atuarem de forma integral no indivíduo, focando não apenas na doença, mas na integralidade do cidadão em seu contexto social e familiar.

3.3 IDENTIFICAR A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL

Como já mencionado, a percepção da presença do doente mental na sociedade sofreu diversas alterações no decorrer da história da humanidade. Nesse viés de discussão, identificar a presença atual do doente mental na sociedade e a forma com que ele interage no seu contexto social é fundamental para o desenvolvimento de uma terapêutica mais humanizada e efetiva.

Franco Basaglia, médico psiquiatra, foi o precursor do movimento da Reforma Psiquiátrica italiana. Basaglia melhorou as condições de estadia e cuidados aos internados no hospital que dirigia, no entanto percebeu que a humanização das condições nas quais o doente mental vivia nesses hospitais não era o suficiente para o real tratamento desses enfermos. Dessa forma, Basaglia definia a psiquiatria clássica e hospitalar como excludente e repressora.

A partir de seminários e conferências que Basaglia realizou no Brasil, ele se tornou uma das principais influências da Reforma Psiquiátrica no País. Todavia, esse processo ainda sofre muita represália, por profissionais da área psiquiátrica, da área de saúde familiar e da própria família do doente mental.

Com relação às representações acerca do doente mental, observou-se que ainda existe uma atmosfera notadamente insatisfatória e visões estereotipadas de cunho negativo e sentimentos desfavoráveis em relação ao doente mental. Tais estereótipos encontram-se presentes, ainda hoje, com representações como sem-juízo, sem-razão e agressivo; com atitudes de medo e exclusão. A família, por estar inserida na sociedade, acaba pactuando seus valores e representações; reproduzindo o discurso da sociedade, acrescido de suas vivências, adornadas pelo desgaste emocional e pelo sofrimento familiar. Mesmo entre os profissionais de saúde mental, permanecem as noções de periculosidade, pouco valor e ineficiência, a despeito de seus conhecimentos e experiências com a doença mental. (MACIEL et al., 2008, p. 123).

A exclusão do doente mental, como citado, gira em torno de preconceitos intrínsecos da sociedade. Enxerga-se o doente como improdutivo e danoso à estrutura social, uma vez que em uma sociedade capitalista a produtividade de um indivíduo serve como parâmetro à sua inclusão social.

De acordo com Salles e Barros (2013), “[...] em um contexto que eles frequentemente encontram dificuldades para participar do mercado de trabalho, outros caminhos que promovam a inclusão social são ainda mais valorizados”, pois, muitas vezes, o doente mental vive em diversas comunidades, mas não tem participação efetiva nelas, sofrendo segregação e isolamento social. Assim, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) auxilia o doente na criação de uma rede social, e, por conseguinte, a presença de tal rede acaba por ocupar a mente do doente por meio da manutenção dessas relações e atividades sociais que o CAPS proporciona aos pacientes.

Embora o CAPS seja um espaço de pertencimento e acolhimento que produz mudanças favoráveis na vida dos usuários, o indivíduo doente normalmente participa de mais de uma comunidade que geralmente são distintas. Nesse sentido, a criação de laços e a formação de relacionamentos em cada uma dessas estruturas sociais podem somar ainda mais alterações positivas na vida e na terapêutica do doente mental.

A forma como os usuários se relacionam com os outros reflete a maneira da sociedade aceitar e incluir essa população, e tem efeitos em como as pessoas com transtornos mentais se percebem acolhidas e pertencendo a sociedade. Considerando a importância das redes sociais para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, esta é uma questão que deve ser tratada pelos profissionais e serviços de saúde mental. (SALLES; BARROS, 2013, p. 2130).

Logo, a inclusão do doente mental na comunidade está diretamente relacionada ao preparo dos profissionais da área de saúde, como abordado no objetivo anterior. Dessa forma, firma-se a necessidade da quebra dos dogmas sociais negativos que tangenciam a doença mental.

Já referente à atividade trabalhista, de acordo com Rodrigues, Marinho e Amorim (2010), os doentes mentais narram a necessidade de estarem ocupando-se com atividades a fim de substituírem pensamentos negativos ou preocupações. Desse modo, o trabalho serviria como um recurso contra recaídas e crises, assemelhando-se aos benefícios proporcionados pela convivência e redes sociais do CAPS.

Entretanto, o trabalho não deve ser utilizado como forma de reinserção imediata do doente mental à sociedade, pois o estresse do trabalho e os preconceitos que poderiam ocorrer no seu ambiente levariam à possibilidade de acarretar uma nova série de problemas, como sensação de inferioridade ou depressão. Assim, o trabalho e a sua influência na vida do indivíduo com doença devem ser analisados a partir da narrativa do efeito dessa atividade na terapêutica do paciente.

Nesse prisma, é claro o impacto da inclusão social do doente mental na terapêutica do paciente. Dessa forma, cabe ao médico, juntamente com os familiares, as medidas de inclusão social que deverão ser agregadas à rotina do paciente para que haja um cuidado mais eficaz e humanizado para o paciente.

4 CONCLUSÃO

As práticas em saúde mental na UBS ainda enfrentam muitos desafios no que se refere à teoria e à prática. A falta de uma metodologia fixa designada para todas as Unidades de Saúde do País torna pouco elucidada a forma como tais práticas deveriam ser aplicadas, tendendo a distorções que seguem os princípios do administrador de tal unidade. Entretanto, a Reforma Psiquiátrica aliada a tais práticas caminha para um atendimento mais longitudinal e humanizado, algo extremamente importante para quebrar tabus estabelecidos para uma sociedade que marginalizava seus portadores de doenças mentais até menos de 50 anos atrás.

Com o objetivo de tornar tais práticas mais efetivas, a inserção de profissionais de saúde mental deve ser realizada com mais cautela, sendo necessário muito além do que apenas ações de supervisão do doente mental. São de suma importância a capacitação dos profissionais e a implantação de um Apoio Matricial, para que, além de serem capazes de detectar os problemas de saúde mental, consigam propor formas de integração e intervenção adequadas para cada caso, visando à interdisciplinaridade. A fim de atingir tais objetivos, é necessária a participação efetiva das equipes de saúde, das redes de ensino dos profissionais da ESF e a colaboração da sociedade em integrar o paciente de volta a sua vida social e auxiliá-lo a seguir de maneira correta o seu respectivo tratamento.

Por fim, a importância da inserção social do doente mental gira em torno de uma maior efetividade e eficácia da terapêutica, que até então tem sido restringida por parâmetros sociais excludentes para com esse tipo de doente. O doente mental é visto de forma diferente do doente físico, como se a doença mental definisse e reduzisse o indivíduo a apenas doente. Todavia, com a Reforma Psiquiátrica e a percepção mais humana, há a possibilidade de quebra desse paradigma reducionista e a volta da percepção de que o doente, antes de ser um doente, é um cidadão com capacidades, habilidades e necessidades sociais como qualquer outro indivíduo.

REFERÊNCIAS

- BARONI, Daiana Paula Milani; FONTANA, Lívia Maria. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Mental**, Barbacena, n. 12, p. 15-37, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n12/v7n12a02.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017
- CAMPOS, Rosana Onocko; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 136, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63014114.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.
- CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29704/31579>>. Acesso em: 14 set. 2017.
- CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde Mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família. **RevEscEnferm**, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.
- FIGUEIREDO, Marina Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2007. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14n1/129-138/>>. Acesso em: 14 set. 2017.
- FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 159-168, 2016.

MACIEL, Silvana C. et al. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 13, n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **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, DF: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patrícia. Reforma Psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700073>. Acesso em: 14 set. 2017.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2017.-