

DESENVOLVER O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CANTO DO BURITI – PI

DEVELOPING MENTAL HEALTH CARE IN THE BURITI MUNICIPAL FAMILY HEALTH STRATEGY – PI

Minéia da Costa Figueiredo¹, José Couras da Silva Filho²

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Mental.

* Correspondência: Rua Rio Grande do Norte, 980, Tanque do governo, Canto do Buriti-PI, Brasil. E-mail: mineiacostaf@gmail.com.

² Farmacêutico-bioquímico, especialista em Análises Clínicas, mestre em Farmacologia, Doutor em Biotecnologia da Saúde.

RESUMO

A proposta de trabalho tem como objetivo melhorar o cuidado em Saúde Mental na Estratégia da Saúde da Família do município Canto do Buriti – PI, por meio da avaliação das dificuldades encontradas no cuidado em saúde mental e dos processos de referência e contra referência da Estratégia Saúde da Família e os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial, além da capacitação da equipe para inserção dos cuidados em saúde mental na rotina da Estratégia Saúde da Família. Para isso serão realizadas rodas de conversa para identificação e discussão de dificuldades, oficinas de matriciamento, momentos de interação entre os profissionais, classificação e organização das demandas, de acordo com a necessidade de acompanhamento, além da elaboração de um fluxograma para a referência e contra referência de transtornos mentais, somado a realização de capacitação de Saúde Mental para os profissionais da Atenção Básica do município, através de palestras e reuniões para discussão de casos e troca de experiências. Após a implantação do plano operativo a expectativa é de que os profissionais de toda a Rede de Atenção Psicossocial e o Secretário Municipal de Saúde percebam a importância de melhorar a assistência em Saúde Mental e sejam atores nesse processo de reformulação do cuidado.

Palavras-chaves: Saúde mental. Assistência. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The purpose of this study is to improve Mental Health care in the Family Health Strategy of Canto do Buriti - PI, through the evaluation of the difficulties encountered in mental health care and in the reference and reference processes of the Health Strategy the Family and other services of the Psychosocial Care Network, as well as the training of the team to insert mental health care into the routine of the Family Health Strategy. For this purpose, discussion wheels will be held for identification and discussion of difficulties, workshops for matriciation, moments of interaction among professionals,

classification and organization of the demands, according to the need for follow-up, in addition to the elaboration of a flow chart for reference and against reference of mental disorders, and the accomplishment of Mental Health training for the Primary Care professionals of the municipality, through lectures and meetings to discuss cases and exchange experiences. After the implementation of the operational plan, the expectation is that the professionals of the Psychosocial Care Network and the Municipal Health Secretary perceive the importance of improving Mental Health care and are actors in this process of reformulation of care.

Keyword: Mental health; Assistance; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Canto do Buriti é uma cidade do interior do Piauí localizada a 400 km da capital, pouco desenvolvida, com cerca de 20 mil habitantes. O foco principal da economia é a pecuária, agricultura e comércio. Um dos fatores que impulsionaram maior desenvolvimento foi a chegada de cursos técnicos na área da saúde, e superiores através de faculdade privada e da Universidade Aberta do Brasil. Além disso, houve expansão em serviços de saúde como laboratórios de imagem e análise, clínicas privadas com várias especialidades (cardiologia, dermatologia, ginecologia), e de espaços para cuidados estéticos e reabilitação na área da fisioterapia. Ademais, existem os serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que ofertam especialidades como a psiquiatria, ortopedia, urologia, obstetrícia, sendo o que não for possível resolver aqui é referenciado para cidades próximas de acordo com a complexidade.

A Atenção Básica atualmente é composta por 10 Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 4 equipes da zona rural e 6 na zona urbana. O município conta com o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) composto por psicólogo, psiquiatra (quinzenalmente), enfermeiro e assistente social; atendendo demandas também das regiões vizinhas. Há também o Hospital Estadual que atende as urgências e emergências, no entanto há dificuldade de comunicação entre este e os demais serviços do município.

De acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS) constatou-se aumento da mortalidade geral, que no ano de 2013 totalizava e 9,25% a cada 1000 pessoas, já no ano de 2016 observou-se 12,8% a cada 1000 pessoas. Sobre os nascidos vivos houve diminuição, já que em 2013 a taxa foi de 23,7% a cada 1000 habitantes e em 2016 de 10,8 %, essa diminuição pode estar relacionada ao desenvolvimento de ações voltadas ao planejamento familiar e anticoncepção. Na taxa de mortalidade infantil observa-se um aumento, quando comparados os anos de 2013 (10,55%) e 2016 (13,8%). Já em relação a taxa de mortalidade materna, em 2013 a taxa foi de 9,25% a cada 1000 pessoas e em 2016 foi de 4,62%. Outra infecção que merece destaque é a sífilis congênita, que está cada vez mais incidente. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI), em 2016 houve 216 casos no Estado e em 2018, até o mês de outubro 447 casos. Em

relação a Canto do Buriti, segundo dados do DATASUS/ Tabnet houve 3 casos de 2010 a 2017.

Verificou-se ainda um aumento das despesas de atendimento ambulatorial e internações hospitalares, sendo que no ano de 2015 o gasto médio foi de 25,5 e o valor médio de 891,8; já em 2016, verificando-se os números 33,4 e 1043,2, respectivamente para gasto e valor médio. As proporções das internações por condições sensíveis a atenção básica em 2012 foram 32,65 e 2014 30,30.

Diante dos dados apresentados, percebe-se que as ações de saúde ainda precisam ser melhoradas, chamando-se atenção para as ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada do cuidado, atuando na promoção, prevenção e reabilitação da saúde; como também direcionadora para outros pontos de atenção (1).

Um dos problemas relacionados à Atenção Básica no município é a desorganização no que diz respeito à saúde mental, principalmente no que tange aos casos mais graves ou relacionados ao uso de drogas. Sobre a saúde mental o Ministério da Saúde orienta que:

“A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa.” (2)

Com isso percebeu-se a necessidade de aumentar as discussões acerca do cuidado em saúde mental com os diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município e gestão. Para que a assistência não seja centralizada nos serviços especializados, mas em todos os serviços da RAPS, com práticas centradas nos usuários, focadas em tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como acolhimento e vínculo.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo melhorar o cuidado em Saúde Mental na Estratégia da Saúde da Família do município Canto do Buriti – PI.

REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, no campo da atenção à saúde, os anos 1970 marcam os primeiros resultados do movimento da Reforma Sanitária que produzem um novo modelo à Saúde Pública. Neste campo o principal ordenador das mudanças foi a ideia de saúde como um direito do ser humano e o Estado

como responsável por garantir o acesso aos bens e serviços de saúde, segundo as diretrizes da universalização, integralidade, descentralização e participação popular, regionalização e equidade (3).

Paralelamente à Reforma Sanitária, sucedeu o Movimento de Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil, após a segunda metade da década de 1970. Com o intuito de produzir uma nova perspectiva sobre a loucura, discutindo não só as instituições e as práticas de assistência, como também os conceitos e saberes que as validaram (4).

Esse movimento tem como linhas: a) processo de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos manicômiais; b) a descentralização da atenção na internação hospitalar em manicômios para o cuidado comunitário e c) rede diversificada de Atenção à Saúde Mental, promovendo a reconstituição da complexidade das necessidades. A intersetorialidade é essencial ao processo, para ser reconhecida a complexidade do cuidar na sociedade, ordenando ações integrais, já que, comumente, ao transtorno associam-se a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, ou seja, as vulnerabilidades sociais em geral (5).

Nesse íterim, após intensa mobilização da população, profissionais da saúde e familiares de usuários, em 2001 a Lei nº 10.216 finalmente foi aprovada, reformulando o modelo de assistência e trazendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico do processo da Reforma Psiquiátrica (6). O mesmo destina-se a oferecer ações de saúde para pessoas com sofrimento mental grave e persistente, por meio de equipe multidisciplinar, estando os sujeitos inseridos no ambiente social em que vivem. Segundo a Portaria Nº 336 de fevereiro de 2002, os centros poderão constituir-se nas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I e II e CAPS ad II definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, funcionando segundo a lógica da territorialidade (7).

Para aprimorar o atendimento e a qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde amplia a variedade de opções aos usuários da Atenção Básica por meio da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (8).

Apesar da importância desses serviços, não seriam suficientes para garantir o cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico e sua reinserção social (9). Consequentemente, surge a necessidade de construir uma Rede de Atenção Psicossocial que após varias discussões e lutas é instituída pela Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Essa é direcionada a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (10).

A atual Política Nacional de Saúde Mental visa uma nova assistência baseada na liberdade do sujeito, voltado para sua inserção na sociedade, garantindo sua autonomia. Para isso é necessário a redução progressiva dos leitos psiquiátricos e a ampliação e fortalecimento da rede extra-hospitalar, constituída principalmente pelos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Contemplando ainda a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, ferramenta importantíssima nesse novo modelo de atenção à saúde, uma vez que faz parte do território do sujeito e conhece sua realidade. Fato

favorável para o acompanhamento dos casos e construção de plano de cuidados de acordo com suas singularidades (11).

É nesse contexto, que a RAPS como articuladora dos pontos de atenção em saúde mental, associa os serviços por meio das linhas de cuidado e visualiza na APS seu componente ordenador. Esta tem como um dos seus fins simplificar o acesso ao sistema de saúde, abrangendo as situações que careçam de atenção em Saúde Mental. Compreende-se que esse é um espaço privilegiado para instigar os vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre usuários, gestores e profissionais de saúde, com o apoio da comunidade, alicerçado no conceito estendido de saúde, interferindo nas vulnerabilidades e fortalecendo as potencialidades expostas no território (12).

A partir dos avanços da Reforma Psiquiátrica, construiu-se uma responsabilidade pela formação de novos caminhos na assistência aos usuários. A reforma compromete-se a romper gradualmente com o modelo hospitalocêntrico, a instituir serviços territoriais abertos. Logo, aparece a necessidade de articular saúde mental e ESF, trazendo mais uma demanda para os profissionais que atuam nessas áreas (13).

Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia Saúde da Família atua em um território geograficamente definido, com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e ACS. Desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, como consultas individuais e atividades em grupos, nos mais diversos espaços comunitários, sejam escolas, associações de moradores, centros de apoio social e, principalmente na residência da família assistida (2).

A APS por meio da atuação da Estratégia Saúde da Família tem demonstrado que o cuidado deixa de ser centralizado unicamente no indivíduo e na doença, mas também no coletivo, onde a família tem papel primordial. Assim, deve haver aproximação com a comunidade e a criação de vínculos, rompendo-se o modelo biomédico, com atenção à singularidade de cada indivíduo e comunidade (14). Portanto, a APS está em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica e torna-se o eixo potencial de atenção a pessoa em sofrimento psíquico (12).

No entanto, para que o acolhimento à saúde mental ocorra em nível primário da atenção básica, é indispensável que os profissionais sejam preparados para a escuta qualificada e reconhecerem que a demanda em saúde mental vai além da doença/transtorno mental instalado, como também exige um pensar e agir baseado na atenção psicossocial, e de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde com os serviços de saúde mental (15).

Já em 21 de setembro de 2017 foi aprovada através da portaria Nº 2.436 a Política Nacional de Atenção Básica, designa atribuições a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), entre elas: promover o cuidado integral à saúde da população; realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e agravos; participar do acolhimento dos usuários, garantindo atendimento humanizado, realizando classificação de risco, além de identificar as necessidades de intervenções de

cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e possibilitando o estabelecimento do vínculo(16).

É por meio da responsabilidade compartilhada entre as equipes de Saúde da Família e a nova composição da equipe dos NASF que se constitui um novo processo de acompanhamento longitudinal da equipe da Saúde da Família, o que fortifica seus atributos e as ações de cuidado, tendo como foco a resolutividade e a integralidade das ações dessas equipes (3).

Logo, o NASF pode dialogar com diferentes pontos de atenção, com a finalidade de buscar corresponsabilização na condução do Projeto Terapêutico Singular. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde circula devem ser considerados para a produção do cuidado (17).

Nesse contexto a ESF pode contribuir decisivamente na construção da atenção psicossocial ao usuário com sofrimento ou transtorno mental. No entanto, mesmo com todas as definições e depois de muitos avanços ainda é possível observar que parte importante das pessoas com transtornos mentais não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é reconhecida e diagnosticada com estes problemas (18,19)

Alguns desafios devem ser superados para que as principais condições de integração da saúde mental na APS possa ocorrer: legislação e políticas específicas que ordenem e viabilizem financeiramente as redes de saúde para realizar este processo; um sistema de atenção primária, previamente estabelecido e eficiente; propostas que considerem particularidades locais da rede de saúde mental e da população atendida; treinamento dos profissionais envolvidos; suporte contínuo de especialistas, equipamentos especializados de referência e medicamentos ofertados de forma organizada com fluxos e responsabilidades bem definidos (20).

Estudos anteriores apontam que o cenário atual do campo da saúde mental brasileira demonstra que é preciso investir e ampliar os espaços de reflexão e de invenção de práticas que contemplem o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, no cotidiano dos serviços, potencializando a constituição da rede de atenção psicossocial (21).

Como estratégias que poderiam auxiliar na redução substancial da carga de doença produzida pelos transtornos mentais pode-se apontar: a integração da atenção à saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde; o compartilhamento e delegação de tarefas; e a incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de ofertas de serviços existentes de saúde mental (20).

PLANO OPERATIVO

Quadro 1- Plano operativo para a intervenção na Saúde Mental, Canto do Buriti-PI, 2018.

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
- Dificuldade em conduzir os casos de transtornos mentais: depressão leve, ansiedade, fobias, psicoses.	- Avaliar as dificuldades encontradas no cuidado em saúde mental.	- Melhorar a assistência pessoas com transtornos mentais ou relacionados ao uso de álcool e outras drogas. (6 meses)	-Realizar rodas de conversa entre os profissionais da atenção básica para identificação e discussão das dificuldades em conduzir transtornos mentais. -Marcar momentos de apoio matricial com o CAPS e NASF. -Realizar oficina de matriciamento com o Psiquiatra e médicos da Atenção Básica do município.	-Profissionais do CAPS (Psicólogo, psiquiatra, enfermeira e assistente social) -Profissionais do NASF (Psicólogo) -Secretário Municipal de Saúde
-Descontinuidade do acompanhamento dos usuários com transtornos mentais.	-Organizar o processo de referência e contra referência da Estratégia Saúde da Família e os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial.	-Melhorar o processo de referência e contra referência. (4 meses)	-Estabelecer contato com a equipe do CAPS para mapeamento de usuários do serviço do território adscrito. -Classificar e organizar as demandas, de acordo com a necessidade de acompanhamento. -Elaborar um fluxograma para a referência e contra referência de transtornos mentais.	-Enfermeiros da ESF -Coordenador e auxiliar administrativo do CAPS.
- Despreparo dos profissionais da ESF para identificar e conduzir as demandas relacionadas a saúde mental.	-Capacitar a equipe para inserção dos cuidados em saúde mental na rotina da Estratégia Saúde da Família.	-Melhorar os serviços relacionados a saúde mental no município. (6 meses)	-Realizar capacitação de Saúde Mental para os profissionais da Atenção Básica do município, através de palestras sobre diagnósticos de problemas de saúde mental e formas de intervenção adequadas. - Organizar um cronograma de reuniões, que deve contar com a participação das equipes da ESF, NASF e CAPS para discussão de casos e troca de experiências.	- Psiquiatra e demais profissionais do CAPS. Se necessário, profissionais especializados de outro município .

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

No primeiro momento será apresentada a proposta aos enfermeiros de cada ESF, para que estes se encarreguem das ações em seu território. Sendo responsáveis pelo mapeamento de sua área e aumento das discussões de casos com CAPS e NASF. Após isso, a proposta de intervenção de formulação do cuidado em saúde mental, será apresentada ao Secretário Municipal de Saúde e feita a solicitação da capacitação em saúde mental para os profissionais da Atenção Primária à Saúde. Para acompanhamento das ações, haverá um relatório de cada reunião com os temas discutidos e as metas traçadas com os prazos. A cada prazo vencido, avaliação das metas alcançadas e pactuação de novos prazos, se necessário.

Basta ressaltar, que será sugerido reunião trimestral para discutir as ações em saúde mental, e as melhorias em relação a diminuição de encaminhamentos desnecessários ao CAPS, acompanhamento das pessoas com transtorno mental na Atenção Básica e dificuldades encontradas entre outros assuntos pertinentes nesse cuidado.

As reuniões com todos os profissionais irão acontecer no auditório da Secretária de Educação, já que a SMS não possui. Além disso, trata-se de um local espaçoso, aconchegante e acessível a todos.

CONCLUSÃO

Após a implantação do plano operativo a expectativa é de que os profissionais de toda a Rede de Atenção Psicossocial e o Secretário Municipal de Saúde percebam a importância de melhorar a assistência em Saúde Mental e se engajem no processo de reformulação do cuidado, construção de fluxograma e possível melhora do processo de referência e contra-referência da assistência prestada. Além de ser uma oportunidade de falar sobre saúde mental, dificuldades encontradas no cotidiano, estigmas e os entraves que impedem o trabalho em rede.

É importante ressaltar, que esse processo de reorganização do cuidado é complexo e durante o processo de implantação poderá surgir empecilhos, como a resistência de alguns profissionais e/ou usuários e familiares. Isso porque o processo da reforma psiquiátrica vai além das leis e portarias, precisa também acontecer na mentalidade das pessoas, mas essas dificuldades poderão ser superadas através da capacitação dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Série E. Legislação em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 176 p,2013.

3. BORSARI, D. A. Saúde mental na Atenção Básica em município do interior do estado de São Paulo: a pesquisa ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviço de atenção ao sofrimento psíquico/ Danielle AraujoBorsari. São Paulo, 2013.
4. PATRIOTA, L. M. Saúde Mental, reforma psiquiátrica e formação profissional. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), 2011.
5. SILVA, E. K. B; ROSA, L. C. S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.
7. _____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília , 2002.
8. _____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em : http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
9. PEREIRA, M. O.; SOUZA, J. M.; COSTA, A. M.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; MOURA, W. N. PERFIL dos usuários dos serviços de saúde mental do município de Lorena – São Paulo. Acta Paul Enferm. 2012;25(1):48-54.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.
11. MANGUALDE, A. A. S.; BOTELHO, C. C.; SOARES, M. R.; COSTA, J. F.; JUNQUEIRA, A. C. M.; LEAL, C. E. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. Mental - ano X - nº 19 - Barbacena-SP - jul./dez. 2013 - p. 235-248
12. SCHUTELA, T. M. A. A.; RODRIGUES, R.; PERES, G. M.A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Ciência&Saúde 2015;8(2):85-93
13. JUNIOR, A. C.; AMARANTE, P. D. C. . Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro Cad. Saúde Colet., 2015, Rio de Janeiro, 23 (4): 425-435

14. BRITO, G. E. G, MENDES, A. C. G, SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2018;
15. MOLINER , J. LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica; Brasília – DF. 2017.
17. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
18. ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. Physis [Internet]. 2011
19. WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO, 2015
20. REBELLO ,T.; MARQUES, A.; GUREJE, O.; PIKE, K. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. Curr Opin Psychiatr. 2014; 27(4):308-14
21. BARBOSA, V. F. B.; MARTINHAGO, F.; HOEPFNER, A. M. S.; DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. C. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. Saúde debate Jan-Mar 2016.