

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE
MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Zaida Castro de Siqueira

**RE(E)SISTINDO: SER MULHER ALÉM DE
CONCEITOS, RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL, SAÚDE MENTAL E PÉ NO
BARRO**

Santa Maria, RS.

2020.

Zaida Castro de Siqueira

**RE(E)SISTINDO: SER MULHER ALÉM DE CONCEITOS, RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL, SAÚDE MENTAL E PÉ NO BARRO**

Artigo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca

Santa Maria, RS
2020.

Zaida Castro de Siqueira

**RE(E)SISTINDO: SER MULHER ALÉM DE CONCEITOS, RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL, SAÚDE MENTAL E PÉ NO BARRO**

Artigo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Aprovado em 14 de março de 2020.

Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca, Prof.^a Dr.^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Camila Fighera, Assistente Social Especialista em Criança e Adolescente em Situação de Risco/UFN (SMS/PMSM)

Bruna De Nicol Brum, Enfermeira Especialista em Saúde Mental/UFSM (CTSM)

Valeska Berman Machado, Assistente Social Mestre em Política Social/UcPel
(SENAC/SM)

Santa Maria, RS
2020.

**Re(e)sistindo: ser mulher além de conceitos, residência multiprofissional,
saúde mental e pé no barro**

Zaida Castro de Siqueira, Laura R.S.C.M. da Fonseca

RESUMO: Artigo oriundo do projeto de pesquisa **Saúde Mental no território, rede de cuidado e residência multiprofissional: um estudo do ensino em serviço**, constitui-se parte do processo para obtenção do título de especialista em saúde mental pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Motivado pela inserção no território, como residente do núcleo profissional de Serviço Social, para trabalhar com a população adscrita na Unidade Básica de Saúde Walter Aita. **Objetivo:** ampliar a rede de cuidado e traçar o perfil das mulheres participantes do grupo de saúde mental. **Metodologia:** revisão bibliográfica e documental especializada, elaboração e aplicação de questionários; observação participante no grupo de mulheres, com encontros semanais por, aproximadamente, 12 meses. **Discussão:** inserção da residência multiprofissional impulsionando pontos de apoio e de potência de vida, e o debate de como as questões de saúde mental e de gênero são transversais. **Conclusão:** importância da atuação de residentes no território de estudo, e da manutenção e continuidade do trabalho iniciado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Território; Rede; Residência Multiprofissional; Mulheres.

Re-resisting: being a woman beyond concepts, multiprofessional residency, mental health and foot in the clay

Zaida Castro de Siqueira, Laura R.S.C.M. da Fonseca

ABSTRACT: Article from the research project **Mental Health in the territory, care network and multiprofessional residency: a study of teaching in service**, constitutes part of the process to obtain the title of specialist in mental health by the Integrated Multiprofessional Residency Program in Health at the University Federal of Santa Maria. Motivated by the insertion in the territory, as a resident of the professional nucleus of Social Work, to work with the population enrolled in the Basic Health Unit Walter Aita. **Objective:** expand the care network and outline the profile of women participating in the mental health group. **Methodology:** specialized bibliographic and documentary review, elaboration and application of questionnaires; participant observation in the group of women, with weekly meetings for approximately 12 months. **Discussion:** insertion of multiprofessional residency promoting points of support and power of life, and the debate on how issues of mental health and gender are transversal. **Conclusion:** importance of the performance of residents in the study territory, and the maintenance and continuity of the work started.

Keywords: Mental health; Territory; Network; Multiprofessional Residence, Women.

SUMÁRIO

Introdução.....	07
Objetivo.....	08
Metodologia.....	08
Discussão.....	09
Conclusão.....	14
Referências.....	16

INTRODUÇÃO

Artigo oriundo do Trabalho de Conclusão de Residência, projeto de pesquisa intitulado *SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO, REDE DE CUIDADO E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UM ESTUDO DO ENSINO EM SERVIÇO* que teve como objetivos a criação de um grupo de saúde mental para mulheres e traçar o perfil dessas mulheres participantes. É importante destacar que a motivação foi o expressivo número de acolhimentos em saúde mental no território da Zona Leste de Santa Maria – RS, especificamente à mulheres ligadas a Unidade Básica de Saúde (UBS) Walter Aita. A projeção expressiva de questões relativas à temática de saúde mental, da população adscrita nessa UBS, motivou a montar um ponto de apoio para essas mulheres, um ponto além dos dispositivos referenciados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), ou do setor privado.

A inserção neste território, foi iniciada pelo Apoio Institucional da Coordenação de Atenção Psicossocial de Santa Maria - RS para a UBS Walter Aita, que trouxe o reconhecimento de diversas situações de saúde mental. Esses encontros tornaram possível implantar um ponto de apoio, com parceria multiprofissional e de outros serviços da RAPS, da educação e assistência social. Na relação com a equipe da UBS, é visível a implicação dos(as) trabalhadores(as) com sujeitos que apresentam situações de saúde mental e vulnerabilidades relacionadas ao adoecimento psíquico, bem como outras vulnerabilidades de cunho socioeconômico. Outra característica é a compreensão tanto do processo de adoecimento, quanto das estratégias de cuidado em saúde mental, de forma ampliada.

Há diversidade na população deste território, onde destacam-se situações de vulnerabilidade socioeconômica, saúde mental e situações de violência de gênero. Essa última identificada em falas feitas por mulheres que relatam de outras formas como sofrem no cotidiano com as manifestações de transtornos mentais e as vulnerabilidades relativas às expressões da questão social. Chama a atenção o relato carregado de sofrimento e que mascara questões vinculadas a opressão de gênero psicológica e financeira.

É importante destacar que a ideia, após a criação do grupo, foi traçar um perfil das mulheres, de forma quantitativa, para pensar estratégias voltadas para o perfil delas, conforme suas demandas, desejos e trajetória pelos serviços da RAPS do SUS, ou não.

No entanto, como será descrito ao longo deste artigo, a metodologia teve que ser revista e alterada, respeitando a subjetividade e pensando na singularidade e deferência que devemos ter com todas as pessoas que participam dos espaços criados e/ou mantidos por profissionais-estudantes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Pública (PRMIS) da Universidade Federal de Santa Maria – RS (UFSM).

OBJETIVO

Traçar o perfil das mulheres participantes do grupo de saúde mental, com foco em pensar estratégias de cuidado territorial e para além dos dispositivos de cuidado pertencentes a RAPS do SUS (ou não). Isso, considerando o cuidado ampliado em saúde e o respeito aos desejos dessas mulheres e suas realidades singulares e, dessa forma, ampliar a rede de cuidado na zona Leste do município de Santa Maria – RS, especificamente do bairro Cohab Fernando Ferrari por meio da inserção do PRMIS/UFSM na UBS Walter Aita.

METODOLOGIA

Metodologia não é algo estático, tendo em vista que lidamos com seres humanos e que estes acompanham o movimento dialético da vida. Dessa forma, durante o grupo de saúde mental foram utilizados instrumentais para o desenvolvimento dos encontros e para aferição das informações. Observação participante, questionário, acolhimentos individuais e em grupo, foram algumas técnicas utilizadas, transversal a revisão de literatura. E, com o passar dos encontros, foi imprescindível rever o instrumento questionário, uma vez que houve resistência por parte de algumas mulheres em responder as perguntas. Cabe salientar que as questões que compõe o instrumento já tinham sido debatidas durante os grupos. O que foi levantado durante as negativas de boa parte das mulheres, foi a resistência em ter esses dados quantificados, extraídos, somados, pensados, compartilhados. Mesmo que elas falem sobre todas as informações, elas querem certa forma de proteção às suas particularidades e dificuldades do cotidiano de mulher, vulnerável socioeconomicamente, portadora de transtorno e com toda a carga feminina que o *ser mulher* carrega na sociedade.

O questionário com perguntas fechadas, com respostas de múltipla escolha, foi moldado a partir das falas durante os acolhimentos e pela emergência de traçar um perfil dessas mulheres e pensar estratégias de cuidado voltada para esse público específico, conforme as singularidades e a realidade de cada uma.

DISCUSSÃO

A violência inerente nas falas, a naturalização presente nas narrativas, na estrutura da sociedade e na vida dessas e tantas outras mulheres é fato que corrobora a importância da escrita e reflexão da realidade e das possibilidades e desafios do trabalho do(a) Assistente Social no território, e do debate sobre gênero e questões de saúde mental. O reconhecimento da veracidade e da força dessas falas, e de que estas violências tratam-se de violência de gênero, por si só já condicionam a relevância da temática perante questões relativas a saúde mental e denotam a importância de registrar e pensar possibilidades de atuação na contramão da agressão travestida de outras formas, quiçá de cuidado.

Para ter dados quantitativos e trabalhar mensurando a grandeza dessa violência, problematizando o grande impacto social, cultural e mental que ela traz, este estudo foi pensado para realizar o levantamento de perfil destas mulheres e das questões que as levaram ao acolhimento. E pensar possibilidades de estratégias e do que pode ser feito, por meio do PRMIS, enquanto cuidado longitudinal e pensando o conceito ampliado de saúde.

Souza¹ reflete sobre as questões relativas às desigualdades sociais em um debate teórico e político sobre “relações de gênero”, entre homens e mulheres. Discutindo sobre as relações sociais, e como estas se reproduzem no cotidiano, é necessária uma reflexão crítica do(a) Assistente Social, e que essa abarque a totalidade das relações. É pontual compreender que as relações sociais são construídas e reproduzidas dentro de um sistema de dominação e exploração, e que estas projetam condicionalidades para o “ser mulher” e a manutenção do *status quo* deste ser. Nesse sentido, manutenção e reprodução, com atribuições e comportamentos pré definidos por uma sociedade patriarcal que vê a mulher como ser central do cuidado e reprodução da vida, é algo que violenta não apenas a construção do ser mulher, como também impulsiona espaços de adoecimento mental quando algumas não se encaixam em padrões pré estabelecidos.

Faz parte das bandeiras de luta da categoria toda e qualquer forma de repressão às violências sofridas por mulheres, de classes e etnias-raças diferentes. Está previsto no Código de Ética Profissional² que é dever ético e político lutar contra as desigualdades sociais, políticas e históricas e fomentar essas lutas através de espaços de discussão, pesquisas e produção de conhecimento.

Houve a percepção de que há um expressivo e massivo número de mulheres encaminhadas ao acolhimento de saúde mental que trazem em seus relatos diversas formas de violência de gênero, naturalizadas. E que nessas escutas sensíveis, é notável o quanto as violências diárias influenciam na manifestação da crise de transtorno mental. Empiricamente é tangível dizer que há uma relação forte entre as violências de gênero e o transtorno. Pois aparece uma grande dor quando trazem à voz a severidade da vida e das obrigações, e o quanto isso impulsiona a *surtar*, como elas falam.

Para compor o instrumental investigativo, destacando o núcleo de Serviço Social, utilizou-se questionário, observação participativa e a escuta qualificada. Estes instrumentais, amparados pelo sigilo ético, foram fundamentais para o Serviço Social, que tomou parte de uma *atitude investigativa*, conforme Fraga³, que é o ato de ter um “olhar crítico, exigente, seletivo, tem a pretensão de colher informações, saber mais” Fraga³. Para tanto, foi necessário olhar e ouvir além do dito, utilizar-se de estratégias diversas para buscar a melhor compreensão da totalidade da realidade mulheres envolvidas nesse processo.

E quando o assunto é instrumentalidade, devemos compreendê-la como parte componente dos processos em si, onde o(a) sujeito transforma a realidade, a si e a outros(a), e a instrumentalidade é alterada progressivamente frente à suas necessidades de intervenção. Cada profissional tem uma dinâmica diferente de trabalho, todavia, todos(as) devem compreender a importância de utilizar-se de habilidades e criatividade no momento de efetivar os instrumentais específicos de núcleo ou transversais na atuação profissional.

É importante considerar que assim como a vida é um movimento dialético, a pesquisa também o pode ser e dessa forma é preciso adaptar-se à realidade e saber respeitar as singularidades. Ao apresentar o instrumento de coleta e explicá-lo, quase a totalidade expressou a vontade de participar falando, mas sem registrar nos formulários. Por isso, é imprescindível termos sensibilidade de saber que nem sempre as pessoas que estão em um grupo terão corpo para dizer não. Mas pelo olhar, expressões corporais e

faciais, é possível captar quando algo não está aprazível. E assim, quando instigadas a falar sobre a vontade de participar da pesquisa, grande parte das mulheres trouxe a resistência e mostrou o descontentamento com outras experiências já vividas no espaço.

E dessa forma, foi repensado o questionário, e diante da resistência e das falas que trouxeram a revitimização, as estratégias e a discussão toda foi embasada em dados empíricos, em observação participativa, experiência e vivência de meses no grupo que encontrou-se todas as segundas-feiras, por quase um ano e transformou uma sala em um ponto de apoio, cuidado e ajuda mútua.

É importante considerar a opressão de gênero como algo inerente a estrutura social e cultural e que ela dá-se pela transversalidade do tema às políticas de saúde, e considerar também que ela pode existir de mulher para mulher, com recorte de classe, etnia, raça. E para manter esse espaço como um local horizontal, sem hierarquia, um verdadeiro ponto de apoio e potência de saúde mental, após tentativas e retorno de relatos diversos que traziam as mesmas questões, o não querer expor suas histórias em dados, o não querer responder mais uma pesquisa, foi pensado que é possível dissertar sobre esse espaço sem ter o número exato, mas tendo o conhecimento dos fatos. E pensar em várias questões relevantes acerca da realidade dessas mulheres, das diversas violências que elas sofrem no âmbito doméstico e no âmbito social e de que forma podemos contribuir para trabalhar na contramão dessas violências. E uma dessas formas é não revitimizá-las com mais uma prática acadêmica de coleta de dados.

Aqui compete a discussão do ser mulher “pé no barro”, que compreende-se por ser mulher na comunidade, na sociedade, mulher de resistência, num cenário protagonizado por mulheres que nunca leram um artigo sobre a temática, algo além de conceitos, uma forma de reexistir e resistir às turbulências do transtorno mental, do estigma, das cobranças do ser mulher, da vida e seus desejos reprimidos, da necessidade de cuidar. Imperativo também, é refletir criticamente e trabalhar para desconstruir e desnaturalizar as violências de gênero, grandes causadoras de sofrimentos físicos e psicológicos de mulheres. Cisne² destaca a opressão da ideia social do gênero feminino, submetido ao longo da história ao gênero masculino e que toda essa construção social tem uma pujança contínua e grave, contemporaneamente, tanto no que tange o emocional, cultural e o comercial, localizado dentro de uma sociedade de classes, capitalista e de consumo contumaz.

Deslocando para o âmbito da saúde mental, observou-se que as mulheres relatavam, individual ou no grupo, sobre o cotidiano e seus rebatimentos transversais ao transtorno. A pressão social, destacada no domínio da família para que elas desenvolvam o *papel* que era esperado como mulheres, foi colocado como algo a dificultar a efetividade do tratamento. A necessidade de ter um tempo para si, de solidão, sem tarefas, sem cuidar, sem preocupações, foi uma constante. A carga emocional e as obrigações tidas como da mulher, podem ser gatilhos disparadores de crise. E a redundância do desejo de ter um tempo para si, só mostra como essa carga influencia negativamente nos tratamentos.

A constituição, assiduidade e constância dos encontros, transformou as falas iniciais de pensar saúde mental como transtorno, em pensar saúde mental como algo bom e leve, como produção de auto cuidado (físico, mental, social). Por meses os encontros trouxeram mulheres diferentes e similares, com recorte etário de 18 a 84 anos de idade, com escolaridade de nível médio, quase a totalidade com constituição familiar composta por marido/companheiro e filhos(as), e muitas em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Várias delas possuem grandes habilidades manuais de artesanato e afins. Algumas utilizam dessas habilidades para ter uma fonte de renda extra (quicá única fonte). Outra característica latente é a ajuda mútua, o cuidar intrínseco nelas, independente da idade, a necessidade de servir, de fazer algo sempre, de sentir-se útil. Foi um longo percurso até escutar o primeiro relato de que uma delas tirou um tempo para si, para assistir uma novela, sem fazer nada para outro(s).

São as mulheres trabalhadoras, de baixa renda, as mais atingidas por este modelo econômico e cultural da sociedade pois elas são exploradas, oprimidas e discriminadas pelo sexo e pela classe, vivendo no limite da sobrevivência com relação às suas necessidades básicas, inclusive, de alimentação. Cisne⁴

Cisne⁴ salienta que o perfil de mulheres de baixa renda, característico do recorte empírico das mulheres do grupo, é o mais atingido com as opressões de gênero, sem excluir as mulheres de outra classe, porém destacando-as. Atentar-se para esse perfil, para as vulnerabilidades relatadas durante os encontros e pensar as reais possibilidades que

podem ser ofertadas no território, é pensar um ponto de apoio. Trabalhando com concretude e dentro da realidade de cada uma delas, é preciso fixar o ponto de apoio criado e fazer a manutenção deste para que elas tenham acesso e sintam-se amparadas para além do que cerne o clínico do transtorno. É indispensável ter consciência que a sociedade e as vulnerabilidades diversas vividas por essas mulheres são fatores que impulsionam as crises. Isso é entender e relacionar as condições de vida, a realidade de cada mulher, considerando as singularidades subjetivas e as coletividades objetivas específicas dos seus territórios para pensar em estratégias que sejam de fato acessíveis e possíveis dentro do ideário do cuidado.

Rosa⁵ vai ao encontro das construções sociais da obrigação da mulher, pois infere que as famílias cuidadoras, mesmo na condição de famílias, são constituídas por uma mulher como centro das responsabilidades do cuidado, agravando a questão de violência doméstica velada, num contexto onde a mulher é quem necessita do cuidado. O peso social para a família, é duplicado quando pensamos família como uma mulher portadora do transtorno e provedora de todo esse cuidado familiar. É emergente ponderar sobre as vulnerabilidades socioeconômicas e seus rebatimentos com o peso do cuidado que está, também, em ter valor de uso e não ter valor de troca, ou seja, remuneração, reconhecimento social e econômico. E esse peso é acentuado quando também composto pelo âmbito das atividades diversas de cunho doméstico e familiar.

Para essas reflexões sobre gênero, saúde mental, atuação do PRMIS com mulheres portadoras de transtorno mental, utilizou-se da metodologia de revisão bibliográfica de autoras(es), leis, decretos e da observação e escuta no espaço do grupo. De tal maneira, discorreu-se um estudo qualitativo, que foi pensado para debater dados empíricos e significativos. Esse estudo, como caracteriza Minayo⁶ tem o foco em informações que não podem ser quantificadas, com mensagens e dados que são extraídos da totalidade da realidade social dos sujeitos.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos

processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Minayo⁶

Minayo⁶ reafirma que dialeticamente as questões objetivas e subjetivas não podem ser quantificadas como simples dados somatórios. Igualmente, são questões de reflexão crítica e levam ao cunho exploratório das falas, dos relatos das cotidianidades. As mulheres trazem relatos de violência, e não reconhecem como tal.

Fator somatório à reflexão teórica tecida, foi a experiência vivida de pôr os “pés no barro”, sair do campo referência na Secretaria de Saúde e atuar junto a UBS, ampliando o olhar de gestão e como Assistente Social durante o processo de formação no PRMIS. Aferindo-se sobre observações e ações como profissional assistente social frente as violências subjugadas cotidianamente, é necessário expandir o olhar e o campo de atuação, pensar fora da caixa, repensar os instrumentais e investigar, antecipadamente, quais práticas já foram utilizadas no território a ser utilizado. Trabalhar na prevenção e real promoção de saúde, no sentido mais amplo da palavra.

CONCLUSÃO

Considerando o conceito ampliado de saúde, as redações das leis 8080/1990⁷, 8142/1990⁸ e 10.216/2001⁹ e do Decreto 7508/1990¹⁰, a Política Nacional de Humanização¹¹, os direitos previstos na Constituição Federal¹² e as instruções do Ministério da Saúde¹³ e o entendimento de território como fonte de cuidado e para além do conceito que define esse termo como mero espaço geográfico. Considerando todas as questões culturais, de vida, de convívio em sociedade, de hábitos e pertencimento; e considerando a ética profissional do (a) Assistente Social, o respeito como sentimento basilar de todas as relações e a imersão de vivência durante o PRMIS/UFMS, conclui-se ao final deste estudo a pertinente necessidade de não contribuir para a revitimização das mulheres, nesse e em outros espaços.

Considerando a importância do PRMIS/UFMS na manutenção e continuidade de dispositivos de apoio ao cuidado e na efetividade do conceito ampliado de saúde, junto a equipes de saúde do município, tecendo novas formas de cuidado, efetivando o cuidado ampliado, o trabalho multiprofissional e o “pé no barro”, ou seja, diretamente na comunidade, para além da clínica.

Considerando a resistência das mulheres e todas as informações aferidas durante os grupos, a subjetividade e objetividade dos espaços, as necessidades apresentadas, é factual a importância da manutenção e ampliação desses pontos com suporte do PRMIS/UFSM nesse e, quiçá, em outros territórios.

Espera-se contribuir para a reflexão e problematização de possibilidades e desafios para a inserção e mudança de processo em espaços para além da RAPS pelo SUS ou pelo sistema privado. Valorizando assim o território de vida e agindo na totalidade da realidade de mulheres que tem uma força de resistir e reexistir a cada crise, a cada ciclo, a cada novo ponto de apoio. Que o ser mulher na sociedade, seja de fato sinônimo de igualdade de direitos, de direito ao acesso às políticas públicas e a dignidade dessas e tantas outras mulheres submetidas à diversas formas de violência de gênero, mascaradas como cuidado e veladas pela sociedade como padrão de ser.

REFERÊNCIAS

1. SOUZA, V. B. de. Gênero, Marxismo e Serviço Social. In: *Temporalis*. Brasília, DF, ano 14, n. 27, p. 13-31, jan./jun. 2014.
2. BRASIL, Código de Ética do(a) Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10º edição revisada e atualizada. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
3. FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.
4. CISNE, M. Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social. 2ª edição. Ed. Outras Expressões. São Paulo – 2015.
5. ROSA, L.C.S. Provimento do cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: *Abordagens Psicossociais. Volume III. Perspectivas para o Serviço Social*. (Orgs.) Vasconcelos, E.M. Ed. Hucitec. São Paulo, 2009.
6. MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. *Pesquisa Social*. 23ª Edição. Ed. Vozes. Petrópolis, 2004.
7. BRASIL. (1990). Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 12 Jan. 2020.
8. BRASIL. (1990) Lei 8142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em 12 Jan. 2020.

9. BRASIL. (2001). Lei n. 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 12 Jan. 2020.
10. BRASIL. (2011). Decreto 7508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 12 Jan. 2020.
11. BRASIL. (2003a). Política Nacional de Humanização (2003). 1 ed. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 12 Jan. de 2020.
12. BRASIL. (1988). Constituição Federal do Brasil. 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 12 Jan. 2020.
13. BRASIL, Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).