

A POBREZA COMO ELEMENTO PREDISPONENTE PARA O ADOECIMENTO MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

 <https://doi.org/10.56238/arev6n2-135>

Data de submissão: 11/09/2024

Data de publicação: 11/10/2024

Cryslaine Pinheiro da Silva

Universidade Federal de Pernambuco
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5181671573329400>

Marcos Antônio dos Santos Júnior

Universidade Católica de Pernambuco
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5623397350774638>

Graciele Rodrigues Nunes da Silva

Universidade Federal de Pernambuco
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3849883855521690>

Ramon de Albuquerque Costa

Universidade Federal de Pernambuco
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0463702657467766>

Kissá Nathália da Silva Soares Alves

Universidade de Pernambuco
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8770005308391155>

Ahmad Machado da Cunha Cavalcanti

Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (FAMEESP)
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4855609345139255>

Tâmara Neves Rodrigues

Faculdade de Comunicação Tecnologia e Turismo de Olinda
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9163915483484678>

Wellington Machado da Cunha Cavalcanti Caldas

Faculdade Estácio do Recife
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4421220264370207>

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca da pobreza e sua relação com o adoecimento mental dos usuários na Atenção Básica, por intermédio de um relato de experiência. Relato de experiência: Trata-se da vivência de residentes de Serviço Social, integrante do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica. Durante os dois anos de residência, diversas demandas foram postas no âmbito do Serviço Social, o adoecimento mental dos usuários advindo dos fatores sociais e vulnerabilidades territoriais, sendo a mais recorrente dentre elas. As violações de direitos vivenciadas no cotidiano da classe trabalhadora se corporificam em ansiedade, estresse, depressão, distúrbios alimentares, insônia, fobia social, automutilação, entre outras. Considerações finais: Percebeu-se que a pobreza se configura enquanto elemento predisponente para o adoecimento mental

nas condições de vida da classe trabalhadora. Faz-se necessário, portanto, pensar a saúde mental sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, de modo a avaliar não só os fatores biológicos, mas, sobretudo, os sociais, ambientais e econômicos que atuam como elementos predisponentes para o adoecimento.

Palavras-chave: Saúde mental, Pobreza, Determinantes sociais da saúde, Serviço Social, Saúde da família.

1 INTRODUÇÃO

Durante o século XV, sobretudo nos anos finais, a sociedade é dominada por uma lógica de apropriação dos meios de produção para obtenção de lucro, sendo este o objetivo principal, a motivação/razão de ser do capital. Assim, com a instauração do Modo de Produção Capitalista, o lucro passa a ser força motriz desse modelo de produção, trazendo a ideia de produção de riqueza em massa.

O surgimento do fenômeno do pauperismo surge, no capitalismo, em paralelo ao processo de produção massiva de riqueza, em lógica diretamente proporcional. Remetendo, portanto, à expressão de um amplo processo social e histórico derivado da forma de estruturação da sociedade capitalista permeada pela exploração.

Segundo a Portaria nº 224/1992 do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, a pobreza pode ser entendida como um contexto de insuficiência de recursos materiais para garantir as necessidades básicas de vida, tais como alimentação, moradia, educação, acesso à saúde, entre outros (Brasil, 1992).

Sabe-se que no modo de produção capitalista, a pobreza ocasiona desdobramentos negativos para a classe trabalhadora. A falta de oportunidades de emprego, a privação de direitos fundamentais, como: moradia digna, alimentação, transporte de qualidade e, muitas vezes, a impossibilidade do acesso aos serviços de saúde, gera um estresse financeiro que é resultado da luta para obter necessidades básicas.

Esse cenário de violações de direitos se materializa no cotidiano da classe trabalhadora em ansiedade, estresse, depressão, desordens alimentares, insônia, fobia social e automutilação (Silva, 2023). Além do estresse financeiro, a pobreza também pode aumentar o risco de exposição a eventos traumáticos, como violência doméstica, abuso infantil e violência comunitária, os quais podem levar a transtornos mentais, como transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (Lipp; Lipp, 2020).

Dentro da sociedade capitalista, o adoecimento mental tem sido um dos fenômenos mais marcantes, sendo produto das diferentes formas de organização do processo produtivo e da exploração de classe, que se manifesta através de sintomas e transtornos, normalmente associados entre si (Silva, 2023).

O adoecimento mental é um problema crescente em todo o mundo. É estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que aproximadamente 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos mentais, o que representa 4,4% da carga global de doenças. No Brasil, os transtornos mentais compreendem o terceiro fator de carga de doença, ficando atrás somente dos cânceres e das doenças cardiovasculares, e privam, significativamente, a saúde de pacientes em todas as idades (Silva, et al., 2021).

Conforme Melo (2017), o cuidado realizado no Brasil aos usuários com transtorno mental também é responsabilidade da Atenção Básica, cuja função a respeito é registrada em várias legislações, normativas e técnicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, tem-se a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 enquanto primeira normatização voltada para o atendimento à saúde mental no SUS, o qual aponta como serviços preferenciais à saúde mental as Unidades de Saúde da Família (USF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS têm como papel realizar atendimento às pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais graves e persistentes, buscando garantir inclusão familiar e social, e autonomia dos usuários. É um serviço de saúde comunitário e aberto no SUS, destinado a oferecer suporte e acompanhar a saúde mental na rede especializada, sendo a principal estratégia proposta pelo processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Conforme a Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, na Atenção Básica, o atendimento da saúde mental permite o acesso dos pacientes aos serviços, por meio da proximidade entre profissionais e comunidade. Nesse sentido, a utilização de estratégias de promoção e prevenção é fundamental, visando à eficácia nos serviços de saúde (Brasil, 2011).

Enquanto que as USF's, ao serem definidas como estratégia prioritária de reorganização da Atenção Primária em Saúde, dentro do SUS, devem atuar de maneira conjunta com os demais serviços de outros níveis assistenciais, de modo a viabilizar a resolutividade das necessidades da população (Silva, et al., 2020). Nessa mesma perspectiva, as ações em saúde mental também devem ser desenvolvidas dentro das USF's.

Desse modo, as ações de saúde mental na Saúde da Família são concebidas na realidade cotidiana dos usuários, contemplando um atendimento preventivo e acolhedor, transcendendo o modelo tradicional, por meio de um cuidado multiprofissional e interdisciplinar, propiciando uma assistência holística e humanizada, com foco na aproximação do paciente, família e comunidade, a fim de atender suas reais necessidades (Silva, et al., 2020).

O Ministério da Saúde, considerando a necessidade de introduzir uma política voltada à educação permanente no SUS, propôs uma política nacional de formação e desenvolvimento para os profissionais da saúde, que consiste, entre outros serviços, na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) (Silva, 2018).

Regulamentadas em 2005, através da promulgação da Lei nº 11.129, as RMS se caracterizam como pós-graduação lato sensu, com duração mínima de dois anos e carga horária de 60 horas semanais em regime de dedicação exclusiva, sendo marcadas por ensino em serviço dialogando com a teoria e prática para profissionais das áreas da saúde (Mota, et al., 2023).

Em Recife-PE, a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família (RMISF) teve sua origem em 2008, sendo o espaço privilegiado de atuação a Estratégia Saúde da Família (ESF), na atenção básica, visando qualificar os profissionais, a partir da integração ensino-serviço-comunidade (Mota, et al., 2023).

A escolha e definição do tema de estudo relacionam-se às demandas espontâneas e encaminhadas para o Serviço Social no âmbito da experiência enquanto residente na Saúde da Família. Frequentemente, no cotidiano de intervenções, observamos que o adoecimento mental dos usuários sofre influência de dimensões socioeconômicas, seja devido às privações que se expressam relacionadas ao trabalho, renda e educação, seja diante da sobrecarga de trabalho doméstico e violência de gênero. Por esse motivo, o presente estudo visa refletir acerca da pobreza enquanto elemento predisponente para o adoecimento mental dos usuários, a partir da vivência na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato se refere à atuação profissional em três USF's de residentes de Serviço Social, integrantes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família, em Recife, entre os anos de 2022 a 2024. Os residentes desse programa compõem uma Equipe Multiprofissional (eMulti) da Atenção Primária do município.

O território dessas USF's abrange três bairros próximos que, apesar das peculiaridades dos arredores de cada unidade, muito se assemelham. A falta de saneamento básico; a presença de barreiras geográficas e pontos de risco de deslizamento de terra; a escassez de equipamentos sociais e de lazer são umas das vulnerabilidades comuns presentes nessas comunidades.

Os territórios em questão são localizados em zonas de tráfico de drogas, sendo constante o uso público das mesmas principalmente no período da noite. A facilidade de acesso a álcool e outras drogas nas comunidades, combinada com diversas outras vulnerabilidades, cria uma conjuntura propícia para o uso abusivo das mesmas. A saúde mental das populações atendidas é nitidamente fragilizada e impactada pelos fatores sociais e vulnerabilidades territoriais, há uma grande quantidade de pessoas que apresentam sintomas ansiosos e depressivos.

Trata-se, portanto, de um cenário de prática complexo, que demanda intervenções profissionais de diferentes saberes para proporcionar atendimento integral das necessidades de saúde e a melhoria da qualidade de vida dessa população (Gois; Silva, 2020).

O Serviço Social, ao ser inserido na divisão sociotécnica do trabalho, atua sob as múltiplas expressões da questão social, perpassando diversas políticas sociais, dentre elas, a política de saúde.

No âmbito da saúde, o Serviço Social atua sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo saúde-doença do sujeito (Silva; Silva, 2023).

Dentro da proposta da residência o Serviço Social atuou realizando atendimentos compartilhados com a própria eMulti residência e eMulti prefeitura do Recife e/ou com equipe da ESF, visitas domiciliares, atendimentos individuais e participações em grupos. As ações dos residentes de Serviço Social tiveram como principal objetivo intervir sobre os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença do usuário e de sua família, e viabilizar o acesso a informações, políticas e direitos sociais (Gois; Silva, 2020).

As demandas para o Serviço Social nas USF's foram provenientes de encaminhamentos através das reuniões de equipes e/ou de forma espontânea pelos usuários ao saberem da existência deste profissional naquelas unidades. A partir das anotações feitas no diário de campo, foi possível classificar as demandas que chegaram até o Serviço Social, sendo elas: violência ao que se refere à mulher, pessoa idosa, crianças e adolescentes; orientação e solicitação para recebimento de programas, benefícios e serviços sociais, como o Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o serviço de cestas básicas; e, sobretudo, pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente da situação de fome e extrema pobreza. Cada atendimento realizado, incluindo situações de violências e negligências, os encaminhamentos vinculados eram tomados, de acordo com a previsão legal.

Sendo assim, no cotidiano dos serviços de saúde foi possível identificar, de maneira explícita, as expressões da questão social, sobretudo a extrema pobreza, que marcam a atual sociedade contemporânea capitalista. Nela, a pobreza tende a ser naturalizada como forma de manutenção das desigualdades sociais, de gênero e de raça, em prol desse sistema, que se beneficia diretamente no seu ciclo de acumulação (Fernandes, et al., 2021).

No município do Recife, por exemplo, os dados mais recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), divulgados em 2022, mostram que cerca de 39,7% da população da capital vive abaixo da linha da pobreza. Os dados do IBGE (2019) trazem outra característica da cidade do Recife: o município é a capital brasileira com maior índice de desigualdade social. Tal fato revela não apenas o crescimento massivo da pobreza nos últimos anos em Recife, mas que o município, ao liderar o ranking da desigualdade social no país, configura-se como lócus de referência que produz e reproduz situações de exclusão e violência a uma dada classe social.

Pôde-se perceber, no campo de prática, que a pobreza tem rebatimentos importantes no campo da Saúde Pública, causando alguns impactos aos comunitários, a saber: 1) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 2) provoca estresses excessivos, ansiedade, fobias e alguns outros

agravos mentais e emocionais; 3) o usuário fica mais vulnerável a situações de violência (Fernandes, et al., 2021).

A fragilidade da saúde mental dos usuários advindo dos fatores sociais e vulnerabilidades territoriais foi o impacto mais observado nas demandas para os residentes de Serviço Social, seja pela complexidade dos casos, seja pelo quantitativo de pessoas que apresentaram sintomas ansiosos e depressivos. Essa realidade cotidiana foi observada não só nos atendimentos e visitas domiciliares, quer no âmbito individual, quer coletivo, mas também nas ações socioeducativas desenvolvidas nos grupos de prevenção e promoção à saúde.

No grupo de mulheres, por exemplo, - grupo voltado para mulheres em situação de vulnerabilidade social, executado em um dos territórios de atuação dos residentes - as usuárias apresentavam histórico de sofrimento psíquico devido a sua situação econômica. A fome, a falta de renda para custear necessidades básicas e moradia precária, com estruturas irregulares, configuraram-se como elementos predisponentes para o desencadeamento de estresses constantes, ansiedade e, até mesmo, depressão. Além disso, a sobrecarga do trabalho doméstico, o papel de cuidadora do lar e os relatos de violência doméstica e sexual também foram relatos recorrentes das participantes que, segundo elas, contribuem para o adoecimento mental.

Observou-se também essa realidade nos grupos de infância protegida (executado em uma escola municipal de um dos territórios de atuação, voltado para crianças do 5º ano) e de saúde mental (desenvolvido em uma escola estadual para adolescentes com faixa etária entre 12 a 15 anos), em suma, grupos voltados para promoção da saúde, educação e cidadania em escolas situadas em territórios vulnerabilizados. Nessas atividades, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social apresentavam um histórico de automutilação decorrente do contexto social, isto é, da alta exposição à violência doméstica, fome e desigualdade social, na qual estavam inseridos.

De acordo com Silva e Santana (2012 apud Rodrigues; Rodrigues; Cardoso, 2020), a sensação de insegurança, as constantes mudanças sociais, os riscos de violência, falta de esperança e problemas de saúde são fatores que explicam a maior exposição das pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza aos transtornos mentais comuns.

Por esse motivo, a saúde mental deve ser compreendida como parte da realidade concreta da exploração capitalista, visto que associar a saúde mental apenas a fatores individuais/isolados, de ordem biológica, implica em excluir o seu caráter histórico e social (SILVA MG, 2023).

Marx (2013, apud Silva, 2023) afirmava que o capitalismo não tem a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, isso porque as condições subalternas as quais as classes

trabalhadores são destinadas a viver geram um desgaste da saúde para além do aspecto físico, mas também mental.

Portanto, de modo geral, foi percebido que a situação de pobreza vivenciada pelos usuários dos territórios em questão se configura tanto como causa quanto consequência do sofrimento psíquico. A pobreza em si, não é um determinante para o adoecimento mental da classe trabalhadora, mas predisponente para tal.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências vivenciadas nos dois anos da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família foram marcadas por um aprendizado significativo sobre as bases teóricas e metodológicas da política da saúde. Foram inúmeros aprendizados, como também alguns desafios.

A intervenção profissional possibilitou visualizar a precarização das políticas de saúde, assistência social, segurança pública, moradia, dentre outras. Por esse motivo, percebeu-se que não é possível intervir sobre a saúde mental sem compreender a influência das políticas públicas e o papel do Estado nas comunidades. Para reduzir o impacto da pobreza na saúde mental, é necessário um esforço coletivo para abordar as causas subjacentes da pobreza. Isso inclui medidas para melhorar a igualdade econômica, fornecer acesso a serviços de saúde e educação e garantir que as pessoas tenham acesso a oportunidades de emprego digno e protegido.

O campo da saúde mental deve ser percebido como transversal às políticas sociais, superando o modelo centralizador e excludente, atuando de forma integrada às problemáticas sociais. A intersetorialidade é, portanto, imprescindível para o enfrentamento das precárias condições de vida que afetam, direta ou indiretamente, a saúde mental da população (Pereira, 2020).

Além disso, é importante fornecer serviços de saúde mental acessíveis e de qualidade para aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade social. Visto que, muitas vezes, as pessoas que vivem em condições de pobreza não têm acesso a serviços de saúde mental de qualidade. Isso pode ser devido a uma série de fatores, incluindo falta de transporte para chegar aos serviços de saúde, a ausência de profissionais de saúde mental em sua área ou o estigma sobre o cuidado com a saúde mental. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental pode levar ao subtratamento e falta de acompanhamento dos problemas de saúde mental, ocasionando – muitas vezes - a condições crônicas (Fonseca, et al., 2021).

As políticas públicas e intervenções existentes para mitigar o impacto da pobreza na saúde mental apresentam desafios e limitações. A falta de recursos financeiros, a burocracia e a falta de coordenação entre diferentes setores governamentais podem dificultar a implementação efetiva dessas

políticas. Ademais, a estigmatização e discriminação associada à pobreza podem criar barreiras no acesso aos serviços de saúde mental e na busca por ajuda, o que pode agravar os problemas de saúde mental em populações vulneráveis.

É necessário, portanto, compreender as formas como se organiza o processo de trabalho e de produção de mercadorias, e como isso impacta na vida das pessoas, para pensar a saúde e a doença, visto que essa compreensão possibilita entender como se adoecce e se morre nas diferentes classes sociais dentro da sociedade capitalista (Silva, 2023).

Entendemos aqui a pobreza enquanto uma das expressões da questão social presente na sociedade capitalista, que estrutura-se a partir da contradição capital e trabalho, e se configura como fenômeno multidimensional, isto é, que é atravessada por outras múltiplas expressões da questão social.

A relação entre pobreza e saúde mental é complexa e multidimensional, envolvendo uma interação complexa de fatores socioeconômicos e psicossociais. Em resumo, os fatores socioeconômicos, como o desemprego e a desigualdade social, assim como os fatores psicossociais, como o estigma social e a falta de acesso a recursos psicossociais protetores, são elementos interconectados que influenciam a relação entre pobreza e saúde mental. A compreensão dessas determinações é essencial para desenvolver intervenções adequadas que abordem as complexidades dessa relação e promovam a saúde mental das pessoas em situação de pobreza.

Dessa forma, a prática do Serviço Social dentro da perspectiva multiprofissional como proposta de trabalho foi fundamental para a ampliação do entendimento dos sentidos envolvidos no adoecimento e acompanhamento do sofrimento no contexto de vida dos usuários. A ação do Serviço Social direcionou-se a partir da clínica ampliada, aqui entendida como um modelo de atenção à saúde que se diferencia da clínica tradicional ao adotar ações voltadas aos determinantes sociais e acesso aos direitos como elemento terapêutico de apropriação de si, de forma a construir a autonomia dos usuários (Moura, et al., 2020).

A clínica ampliada é uma proposta arrojada de impulsionamento da autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e dos processos comunitários na produção de vida. É ainda a integração da equipe de trabalhadores em uma perspectiva multiprofissional no cuidado singularizado.

Portanto, ressalta-se a importância de compreender o adoecimento mental, no modo de produção capitalista, sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, de modo a avaliar os fatores sociais, ambientais e econômicos que atuam como elementos predisponentes para o adoecimento.

A luta em defesa de políticas públicas efetivas de modo a minimizar tal problemática, requer mobilização intersetorial, sendo, igualmente, papel dos profissionais da saúde procurar o

fortalecimento dos direitos sociais da população usuária, a fim de que as intervenções sejam focadas nas necessidades sociais e de saúde articuladas às condições de vida.

REFERÊNCIAS

BBC BRASIL. 2009. In: Depressão será a doença mais comum do mundo em 2030, diz OMS. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/v2/index.php?catid=0&id=1317>. Acesso em: 29 de dez. de 2023.

BRASIL. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 de fev. de 2023.

BRASIL. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 1992. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836. Acesso em: 20 de fev. de 2023.

FERNANDES, Renta Alves Cesár, et al. A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO REDE INTERNA DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES NO PROCESSO DE DESNATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA. Ponta Grossa: Atenas, 2021; 1-12p.

FLOR, Taiana Brito Menêzes et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 921-936, 2022.

FONSECA, Karlla Karinny Dantas et al. Nível de pobreza e sintomas depressivos em mulheres mães. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 1, p. 11411-11427, 2021.

G1 PE. 2020. In: Recife tem maior desigualdade entre capitais em 2019 e PE fica em terceiro no país em concentração de renda, diz IBGE. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/11/12/recife-tem-maior-desigualdade-entre-capitais-em-2019-e-pe-fica-em-terceiro-no-pais-em-concentracao-de-renda-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 01 de abr. de 2023.

GAUDENZI, Paula. Cenários brasileiros da Saúde Mental em tempos de Covid-19: uma reflexão. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, n. Supl. 1, p. e200330, 2021.

SILVA, Carolina Camilo; SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes. A atuação do assistente social na residência multiprofissional em saúde da família: um relato de experiência. *Serviço Social em Revista*, v. 22, n. 2, p. 283-303, 2020.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; LIPP, Louis Mario Novaes. Stress e transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, v. 40, n. 99, p. 180-191, 2020.

LUCAS, Ádyla Barbosa et al. Sentimentos que transpõem a residência multiprofissional em saúde da família: relato de experiência. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 2, 2016.

MELO, Anália Pereira de et al. Análise da articulação entre a atenção básica e o centro de atenção psicossocial-CAPS no município de Recife: problematizando as possibilidades das práticas em saúde mental no distrito sanitário VI. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017; 43p.

LIMA, Marina Mayra et al. Residência multiprofissional em saúde da família em Pernambuco: do compromisso teórico ao fazer profissional no território. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 23, n. 12, p. e14423-e14423, 2023.

MOURA, Débora de Toledo et al. Clínica ampliada e articulação em rede: relato de experiência no SUAS. Revista do NUFEN, v. 12, n. 2, p. 118-139, 2020.

NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa. Pobreza e saúde mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013; 151p.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. Saúde mental e intersetorialidade: reflexões a partir de demandas aos assistentes sociais. SER Social, v. 22, n. 46, p. 72-98, 2020.

RODRIGUES, Thayane Alves dos Santos; RODRIGUES, Lauane Pereira de Sousa; CARDOSO, Ângela Maria Rosas. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 69, p. 103-110, 2020.

SILVA, Alexciane Priscila et al. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. Saúde em Debate, v. 45, p. 66-80, 2021.

SILVA CA e ARAÚJO MD. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. Saúde Debate, 2019; 43(123): 1240-1258

SILVA, Crysllaine Pinheiro; SILVA, Graciele Rodrigues Nunes. Serviço Social e educação em saúde um olhar a partir das vivências no hospital universitário. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 23, n. 7, p. e12900-e12900, 2023.

SILVA, José Adelmo et al. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Nursing (São Paulo), v. 23, n. 262, p. 3638-3642, 2020.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Revista Katálysis, v. 21, n. 01, p. 200-209, 2018.

SILVA, Michel Goulart. Notas sobre a saúde mental no capitalismo. Boletim de Conjuntura (BOCA), v. 13, n. 37, p. 44-52, 2023.