

ARTICULAÇÕES EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DO TRABALHO EM REDE ENTRE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ARTICULATIONS IN HEALTH: CONTRIBUTIONS TO THE STRENGTHENING OF NETWORKING BETWEEN THE CENTER FOR PSYCHOSOCIAL CARE AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Maristela Júlia Fernandes¹, Hugo André da Rocha²,
Dionys Paulo Silva Frazão³

Resumo

O presente trabalho foi desenvolvido por meio da Extensão Universitária da PUC Minas em Arcos/MG, tendo sido originalmente intitulado “Articulações em Saúde Mediadas pela PUC: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) para fortalecimento dos serviços em rede no SUS”. O projeto ocorreu durante o ano de 2011, atuando junto aos serviços de saúde desse município – tendo esses oito equipes da Estratégia de Saúde da Família e uma equipe do Centro de Atenção Psicossocial. O trabalho em questão tinha como objetivo analisar o funcionamento da rede entre os serviços de saúde do município e fornecer contribuições que pudessem aprimorar e fortalecer o seu funcionamento. Caracterizou-se como uma pesquisa-ação, a qual contou com uma etapa de diagnóstico acerca da articulação entre esses serviços, seguida de uma etapa de atividades interventivas, e finalmente uma etapa de avaliação da ação.

Abstract

The present work was developed through University Extension at PUC Minas in Arcos/MG, having originally been called “Articulations in Health Mediated by PUC: Engendering the Center for Psychosocial Care (CPC) and the Family Health Strategy (FHS) for Strengthening the Network Services in national health service (SUS)”. The project was conducted during the year 2011, working with the health services of this city – which were formed by eight FHS teams and one team from the CPS. This study aimed to analyze the network operation amongst the municipal health services and provide input that could enhance and strengthen its functioning. It is characterized as an action-research, which included a stage of diagnosis of the link between these services, followed by a step of intervening activities, and finally an evaluation step of the action itself. Starting from the principle that the integration of the team

¹ Professora do curso de Psicologia da PUC Minas
maris_psi@hotmail.com

² Acadêmico do curso de Psicologia da PUC Minas

³ Psicólogo do Nasf do Município de São Roque de Minas.

Partindo-se do princípio de que a integração da equipe de profissionais da saúde proporciona inúmeras vantagens para melhoria do funcionamento dos serviços dentro do SUS, em especial dentro da Atenção Básica à Saúde, foram trabalhadas dinâmicas de grupo e minicursos temáticos, no intuito de discutir a capacitação dos profissionais e potencializar suas ações para integração das equipes, de acordo com as proposições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ocorreu no mínimo um encontro mensal com cada equipe, trabalhando-se diferentes temáticas, em consonância com o diagnóstico previamente realizado. No final do trabalho, realizou-se um encontro coletivo com os profissionais de todas as equipes envolvidas no projeto. As ações realizadas contribuíram para maior interação, conhecimento e partilhas de experiências entre os profissionais envolvidos, possibilitaram a reflexão e a discussão sobre as estratégias articuladoras a serem adotadas pelas equipes para efetivação da proposta de Serviços em Rede, de acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do SUS. Após o cumprimento das etapas propostas pelo projeto, constataram-se alguns desafios a serem superados para efetivação do funcionamento dos serviços em rede, principalmente o desafio de vencer a falta de conhecimento dos trabalhadores das ESFs acerca do trabalho desenvolvido pela equipe do CAPS e vice-versa.

Palavras chave: Articulações em Saúde; SUS; CAPS; ESFs.

1 Introdução

Todo processo de construção de algo novo requer fases de planejamento, adaptação e aprimoramento de ações. A história da saúde pública no Brasil é longa, começando com a chegada dos colonizadores portugueses, que, para a terra nova, e já povoada por indígenas, trouxeram os mais diversos tipos de questões

of health professionals provides numerous advantages for improving the operation of services within SUS, in particular within the Primary Health Care, group dynamics and thematic workshops were held in order to discuss the professionals capacity and potentiate their actions to integrate teams, in accordance with the propositions of the National Policy for the Permanent Education in Health. At least one monthly meeting took place with each team, working with different themes, consistent with the diagnosis previously performed. At the end of the work, a collective meeting with professionals from all teams involved in the Project was held. The actions taken have contributed to greater interaction, knowledge and sharing of experiences among the involved professionals, allowing reflection and discussion about the articulated strategies to be adopted by the teams to execute the proposed Network Services, according to Decree number 4279 of 30th December 2010, which established the guidelines for the Organization of the Health Care Network of SUS. After completion of the steps proposed by the project, some challenges on the operation of network services were evidenced, especially the one related to overcoming the lack of knowledge of FHS employees on the work developed by the CPC team and vice-versa.

Keywords: Articulations in Health; SUS; Center for Psychosocial Care; Family Health Strategies.

relacionadas à saúde e à doença. Ainda vale apontar o período da escravatura e o período seguido a esse, no qual grande número de imigrantes europeus veio substituir o trabalho escravo, promovendo assim a grande miscigenação de culturas e heranças que compõem hoje o cenário do povo brasileiro.

Todavia, retomar todo esse percurso histórico não é o objetivo em questão. Situando-se a discussão, portanto, a partir dos anos 1950, período este em que já havia uma definição da organização política do país, constata-se que as ações em saúde ocorriam por meio da polícia sanitária e das campanhas. Tratava-se de medidas de saneamento nos espaços urbanos, bem como de ações prioritárias de combate às epidemias, às doenças infecciosas e parasitárias. Os autores Zambenedetti e Silva (2008) ressaltam que esse modelo evidenciava uma política centralizadora, não sendo capaz de atender às particularidades socioculturais e econômicas relacionadas com o processo de saúde e doença, em cada região do país.

O referido modelo vinha se apresentando ineficaz, uma vez que a centralização política, administrativa e geográfica de ações e investimentos assistencialistas deixava grandes grupos populacionais no país sem assistência. Tais questões foram pontuadas na IIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1963. Zambenedetti e Silva (2008) ressaltam que, nessa conferência, se iniciou o pensamento de um trabalho em rede, para solucionar os problemas assistencialistas. Os mesmos autores afirmam que a menção à rede estava associada à ideia de uma organização a fim de melhor distribuir os serviços de saúde e os esforços para que maior parcela da população fosse assistida.

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve seu grande momento quando se obteve o consenso acerca da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds), posteriormente denominado Sistema Único de Saúde (SUS), vislumbrando-se a expansão de outros serviços dentro do Sistema Nacional de Saúde, direcionando o pensar em saúde também para a articulação entre os órgãos que executam ações de saúde.

Em 1990, como pontuam Lancetti e Amarante (2008), a Reforma Sanitária foi regulamentada com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da homologação da Lei Orgânica da Saúde, ainda em vigor atualmente. Ordenar, normatizar e racionalizar

foram estratégias adotadas pelo Sistema para que seus princípios de universalidade, equidade e integralidade se fizessem valer.

A partir da implantação do SUS, novas ações foram sendo apresentadas à população. O Programa de Saúde da Família (PSF), como relata Vasconcelos (2008), iniciou-se atendendo parcelas carentes da população, com pouco acesso aos serviços de saúde, visando reduzir custos médicos, diminuir o uso desnecessário de medicamentos e humanizar os serviços de saúde. Essas ações evidenciaram-se como descobertas tão potentes que passaram a ser implantadas por todo o país, e viu-se o esforço para que elas se transformassem em Estratégias de Saúde. O inicialmente chamado PSF transformou-se, então, em Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que o termo “programa” sustentava a ideia de algo que teria início, meio e fim; já o conceito Estratégia indicaria um conjunto de ações a serem sempre desenvolvidas e aprimoradas.

Segundo a portaria que regulamenta o funcionamento da ESF, essa visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, possuindo como uma das suas principais características possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Além disso, a portaria define que a ESF deva atuar em um território delimitado, realizando o cadastro das famílias ali estabelecidas, trabalhando as ações em saúde de forma pactuada com a comunidade onde se insere, preocupando-se com a promoção e a prevenção, além do tratamento. O Ministério da Saúde ressalta ainda a importância de que a ESF busque atuar em parceria com outras instituições e organizações que operem no mesmo território (BRASIL, 2007a).

De acordo com dados disponibilizados pelo site do Ministério da Saúde, no ano de 2008, existiam 30.328 equipes de ESF implantadas no país, instaladas em 5.251 municípios, correspondendo a 50,7% de cobertura da população nacional. No mesmo período, havia 234.767 agentes comunitários de saúde

atuando no país, em 5.349 municípios, correspondendo à cobertura de 60,9% de toda a população nacional (BRASIL, 2011b).

Concomitantemente, e pode-se dizer que inserida em todo o processo histórico da Reforma Sanitária, se situa também a Reforma Psiquiátrica, a qual batalhava pela desinstitucionalização das pessoas acometidas por transtornos mentais. De acordo com Amarante (1998), a Reforma Psiquiátrica possibilitou novos modos de se pensar a assistência psiquiátrica por meio de dispositivos e estratégias de cuidado com ênfase na implementação de mecanismos de reinserção social e ressocialização dos usuários. A substituição dos hospitais psiquiátricos por Redes de Atenção à Saúde Mental, mais uma vez, ressalta a importância do trabalho em rede. “Constata-se, portanto, que a noção de rede constitui-se em um importante operador conceitual em ambos os campos” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p.132).

O Ministério da Saúde instituiu o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), trabalhando com uma lógica que não é a da internação, ou seja, “o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p.13). Preconizou ainda a articulação da rede de Atenção Básica à Saúde Mental, sugerindo que o CAPS dê suporte, discuta e intervenha em conjunto com as ESFs. No entanto, para a efetivação dessas ações, o CAPS deveria supervisionar e capacitar as Estratégias de Saúde da Família, propiciando a corresponsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva dos problemas de saúde mental pelas equipes locais (BRASIL, 2004).

De acordo com os dados de dezembro de 2010, havia no Brasil 1.620 CAPS implantados, sendo 761 CAPS I, 418 CAPS II, 55 CAPS III, 128 CAPSi e 258 CAPSad (BRASIL, 2011a).

Segundo estimativas do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de

pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Isso sem contabilizar os usuários e os dependentes de álcool e drogas (BRASIL, 2004). Diante dessa realidade, é preciso buscar mecanismos para que ocorra a efetiva integração da oferta de serviços de saúde.

Uma proposta para articulação entre CAPS e ESFs é o chamado “apoio matricial”. De acordo com a definição do Ministério da Saúde, “o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população” (BRASIL, 2003, p.4). O apoio matricial é uma oportunidade para a criação de espaços coletivos de produção de conhecimentos, inter e transdisciplinares, nos quais as equipes têm a possibilidade de ampliar a sua atuação, resguardadas pelo compartilhamento de responsabilidades e atribuições (FIGUEIREDO, 2006).

Na opinião de Dimenstein e colaboradores (2009), o apoio matricial é uma forma de constatar que o avanço da Reforma Psiquiátrica depende da inserção da Atenção Básica no processo. Os esforços empreendidos na construção da rede substitutiva devem se estender para o estabelecimento de ações concretas de cuidados em saúde mental na Atenção Básica. Contudo, as autoras reconhecem que, sem o devido suporte e conhecimento, não é possível fazer com que as equipes da Atenção Básica se sintam preparadas e interessadas para prestar atendimento aos portadores de sofrimento mental, especialmente aqueles que se encontram em crise.

Para Delfini e colaboradores (2009), o apoio matricial permite ampliar as possibilidades de se construir vínculos entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. A responsabilização no apoio matricial refere-se ao acompanhamento longitudinal das condições de saúde do paciente.

A corresponsabilização “pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso,

intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos” (BRASIL, 2003, p.4). Dessa forma, é possível ainda identificar as demandas reais de atendimento especializado, ou seja, no CAPS, e as que podem ser acompanhadas na própria ESF (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). A corresponsabilização diminui o mecanismo do encaminhamento, no qual o paciente deixa o seu território de origem para ser atendido por um serviço especializado, serviço esse que não oferece contrarreferência ao serviço de origem do paciente, nesse caso a ESF.

Os CAPSs são considerados dispositivos estratégicos na regulação e na articulação das redes de serviços de saúde mental; portanto, cabe a esses promover as ações necessárias para o funcionamento do apoio matricial às equipes das ESFs. Os CAPS devem oferecer suporte às equipes por meio de supervisões, capacitação e atendimentos conjuntos.

Para que o apoio matricial possa se efetivar como estratégia de articulação entre os serviços, é de fundamental importância que haja investimentos na formação e na qualificação dos trabalhadores inseridos na Atenção Básica (BRASIL, 2003). Aliás, a falta de formação em saúde mental é um dos obstáculos para a articulação, tendo em vista que os profissionais não são preparados para prestar os atendimentos necessários e conseqüentemente recorrem à lógica do encaminhamento, retroalimentando um sistema desde outrora fragmentado.

As diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde para gerenciar a articulação entre as políticas de saúde mental e Atenção Básica têm como objetivo ampliar e tornar mais efetivas as intervenções oriundas desses dois campos distintos (BRASIL, 2003). Cabe salientar que as propostas de matriciamento em saúde mental, logo de articulação, encontram-se em pleno processo de coconstrução, não podendo ainda ser delineada nenhuma proposta padronizada de intervenção.

Dentre as estratégias tidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde temos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, instituída pela Portaria

GM 198 de 13 de fevereiro de 2004, que tem como proposta fomentar a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, para que possam atuar criticamente modificando a realidade em que vivem e fornecendo serviços de saúde com mais qualidade à população. (BRASIL, 2004c).

Esse enfoque difere essencialmente da simples oferta de capacitação baseada no que se espera que os trabalhadores tenham domínio. Na proposta da PNEPS a capacitação depende essencialmente da participação dos trabalhadores, uma vez que os mesmos é que indicarão as temáticas a serem abordadas e são participantes ativos no processo, contribuindo com o saber prático que lhes é característico.

Não significa, porém que o conhecimento teórico-científico seja deixado de lado, o diferencial dessa proposta é justamente não impor uma hierarquia aos saberes, fazendo com que o processo produza uma aprendizagem significativa, no qual o conteúdo faz parte das vivências e experiências de quem participa. Ceccim e Ferla (2009) apontam que este é um processo marcado pelo intercâmbio de saberes, fazendo com que novos saberes possam ser assimilados a todo tempo.

De acordo com Ceccim (2005, p.161) a Educação Permanente em Saúde:

Ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Foi pensando nisso que foi criado o projeto intitulado “Articulações em Saúde Mediadas pela PUC: Engendrando CAPS e ESFs para fortalecimento dos serviços em

rede no SUS”, aprovado e desenvolvido na Extensão Universitária da PUC Minas em Arcos/MG, no ano de 2011. Inicialmente guiados pelo seguinte problema: “Como a psicologia e a enfermagem podem atuar para potencializar a articulação e a integração dos Serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Serviços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Arcos/MG?” Como o projeto de extensão se inseria na temática da saúde, e a instituição requeria que esse contemplasse mais de uma área do saber, e os cursos oferecidos na unidade, dentro da temática almejada, eram Psicologia e Enfermagem, a problemática foi construída com base em um recorte de como essas duas categorias profissionais poderiam contribuir com a articulação da saúde do município em questão. No entanto, as equipes das ESFs e do CAPS, não contam apenas com profissionais da enfermagem e psicologia, mas, sim, com equipes multiprofissionais, abrangendo outras áreas de atuação em saúde, tais como Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Assistência Social e outras.

O projeto caracterizou-se como uma pesquisa-ação, a qual contou com uma etapa de diagnóstico acerca da interação e da articulação entre esses serviços, seguida de uma etapa de atividades interventivas, e finalmente, uma etapa de avaliação da ação. Para isso, a Secretaria Municipal de Saúde do município autorizou o desenvolvimento do trabalho, que ocorreu junto aos serviços de saúde do município.

2 Metodologia da pesquisa-ação

Para o desenvolvimento do projeto, utilizou-se como metodologia a pesquisa-ação. Tripp (2005, p.445) reconhece o termo *pesquisa-ação* como “um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela”. Ainda de acordo com o autor, tal metodologia abarca o planejamento, a implementação, a

descrição e a avaliação das ações, visando ao aprimoramento do método em sua prática, possibilitando maior aprendizado no decorrer das ações, seja a respeito da prática, seja a respeito da própria investigação.

As instituições do SUS pesquisadas pertencem à cidade de Arcos, Minas Gerais, sendo essas sete Unidades Básicas de Saúde (UBSs), onde atuam oito equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESFs). E ainda uma instituição de Atenção à Saúde Mental, composta da equipe que atua no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I.

O público-alvo da pesquisa foram os integrantes das equipes de Estratégia de Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial: enfermeiros, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Inicialmente, pretendia-se também trabalhar com os médicos das referidas instituições; todavia, desde a etapa diagnóstica, se constataram dificuldades de interação com esses profissionais, principalmente por causa da escassez de tempo desses. Cabe destacar que na etapa de diagnóstico, de um total de 75 profissionais inseridos nos dois serviços, 59 responderam aos questionários e às entrevistas semiestruturadas. Mas o número do público-alvo que participou de todas as etapas da pesquisa-ação foi de 31 profissionais de saúde.

Os dados para a etapa diagnóstica da pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e da aplicação de questionários respondidos pelos integrantes de cada uma das equipes participantes da pesquisa, com o intuito de avaliar como o trabalho desenvolvido por cada membro é percebido por ele mesmo e qual a compreensão que tem em relação ao trabalho desenvolvido pela equipe da área de atuação da qual não faz parte. Em sequência, foram desenvolvidas as oficinas do projeto, seguindo-se um cronograma e um plano de trabalho que almejava trabalhar questões apontadas no diagnóstico. Em seguida, passou-se a trabalhar com oficinas e minicursos, inicialmente a cada 15 dias, em cada unidade de saúde. Todavia, com

as dificuldades de reunir as equipes em seu ambiente de trabalho, em razão da demanda de afazeres de cada um, e por meio do diálogo com essas, chegou-se a conclusão de que as equipes deveriam participar de encontros únicos, no espaço da Fundação Municipal de Saúde (FUMUSA).

Assim, passou-se a trabalhar mensalmente com todas as equipes reunidas, somando-se 31 profissionais representantes dessas, discutindo-se temas como: Saúde Mental, Drogas, Alcoolismo, Habilidades Sociais, Proatividade e Motivação. Em um encontro final, foram realizados um debate e oficinas de integração entre equipe CAPS e equipes ESFs, bem como uma confraternização. Nesse momento, também foi aplicado um questionário para avaliação do trabalho realizado.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem da pesquisa; esses documentos, bem como as entrevistas e os questionários respondidos, foram arquivados na Clínica de Psicologia da Pontifícia

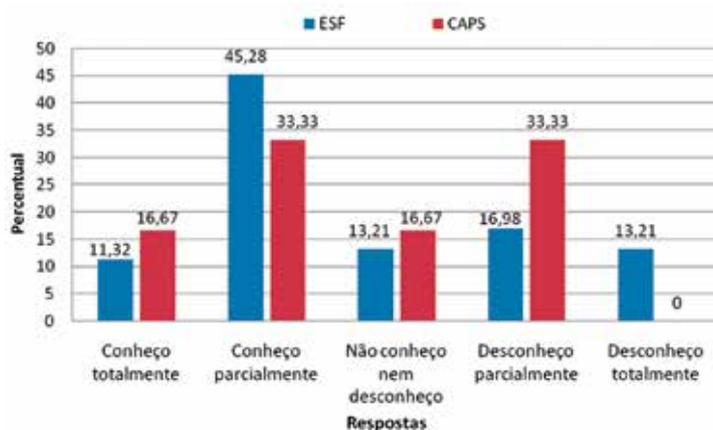
Universidade Católica de Minas Gerais – Campus Arcos. A realização da pesquisa ocorreu com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O projeto recebeu o CAEE de número 0297.0.213.000-10.

3 Resultados e discussões

O número total de indivíduos participantes da etapa de diagnóstico da pesquisa foi de $n = 59$, sendo 53 ligados às ESFs, e 6, ao CAPS.

Conforme ilustra o GRAF. 1, somente 11,3% dos profissionais das ESFs e 16,7% dos profissionais do CAPS declararam conhecer totalmente o trabalho desenvolvido pela outra equipe. Esses dados evidenciaram que havia a necessidade de investimento para a formação e a capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica para que os esses pudessem efetuar atendimentos com maior excelência voltados à Saúde Mental. Também se evidenciou que os profissionais atuantes no CAPS desconheciam estratégias de ação das equipes ESFs.

Gráfico 1: Conhecimento declarado acerca do trabalho desenvolvido pela outra equipe



Fonte: Dados da pesquisa.

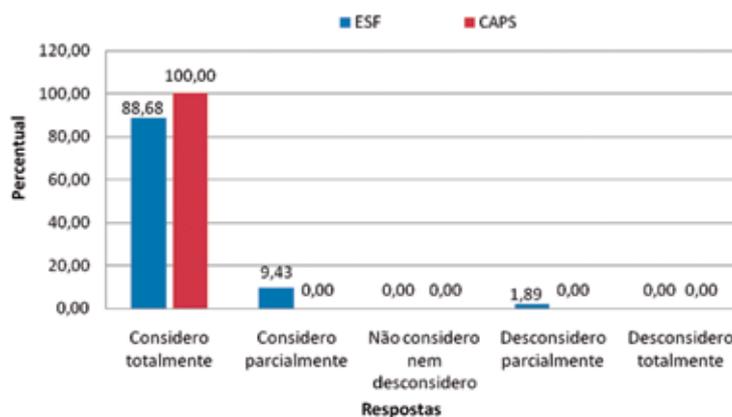
Cabe retomar os autores Bezerra e Dimenstein (2008), que ressaltam a necessidade de uma capacitação dos profissionais de saúde no que se refere à saúde mental, visto que, podendo obter-se visão ampla no processo saúde/doença, os profissionais têm condições de agir de forma ativa no

processo de atenção e articulação, utilizando seus conhecimentos em suas atividades de caráter prático. Por outro lado, o CAPS tem como uma de suas funções dar supervisão e capacitação às equipes de Atenção Básica, organizar a demanda e a rede de cuidados, definidas através da Portaria nº 336,

de 19 de fevereiro de 2002 (DELFINI *et al.*, 2009). Mas um total de 50% dos entrevistados dessa equipe relatou não conhecer ou desconhecer o trabalho das ESFs, ou desconhecer parcialmente.

Todavia, apesar da falta de conhecimento declarada das equipes, com relação aos serviços da outra, o GRAF. 2 aponta um aspecto importante e positivo que motivou o trabalho e a ação extensionista.

Gráfico 2: Consideração sobre a importância de CAPS e ESFs atuarem de forma integrada



Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao CAPS, todos os profissionais consideram importante a atuação integrada, enquanto que, do lado das ESFs, 88,4% também concordam totalmente acerca da importância das equipes atuarem de forma integrada. Portanto, a maioria dos trabalhadores considera imprescindível a atuação integrada entre CAPS e ESFs. Os dados indicam que apesar de os dois serviços atuarem de forma desarticulada, como ficou ilustrado anteriormente, existe um potencial para a articulação, embasando-se no interesse que os profissionais emitiram em vir a atuar de forma a se integrarem enquanto equipes.

Esses dados corroboram com as instruções do Ministério da Saúde, que mencionam que, com a saúde mental incluída nas equipes de Atenção Básica, se pode excluir a lógica de encaminhamentos de pacientes, já que o trabalho em conjunto propõe a corresponsabilização pelos casos, de maneira que esses possam ser resolvidos pelo trabalho de toda a equipe, chegando a evitar um trabalho em dobro. Deve haver uma discussão conjunta de casos, sendo que uma equipe dá suporte à outra e haja priorização

de casos urgentes, evitando ao máximo o uso de medicamentos, além de dar suporte à família (BRASIL, 2003).

Com relação aos dados das entrevistas, destacaram-se falas que afirmavam que, se os trabalhadores conseguirem ter mais contato com a equipe do outro serviço, os pacientes poderiam ter melhor atendimento em saúde e com melhor qualidade. Exemplos:

Através da troca de experiências que poderão ser trocadas entre as equipes, poderemos melhorar o atendimento como um todo, focando sempre na melhoria [...] (sic);

Quando vejo que algum paciente foi encaminhado ao CAPS, fico mais tranquila, em saber que o tratamento será eficaz [...] (sic);

Somando os conhecimentos, poderemos fazer um trabalho ainda melhor (sic).

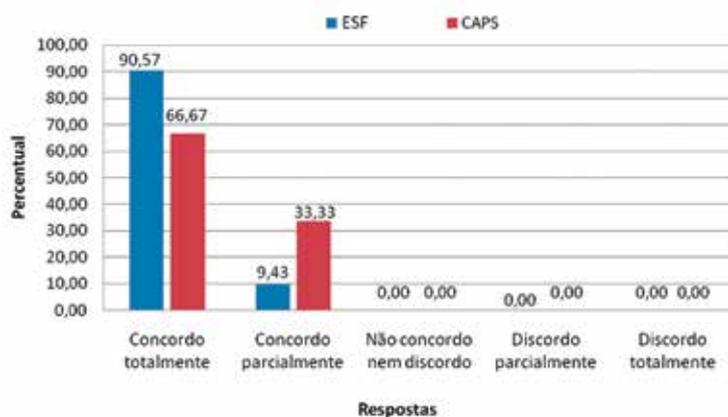
A articulação das redes pode proporcionar à população melhor atendimento em saúde, já que possibilita um trabalho

coordenado, unificado em um só propósito, isto é, atender os pacientes na busca da melhor qualidade de vida, prevenção e cura de doenças, mantendo sua dignidade (BRASIL, 2011). Identificou-se que, apesar das dificuldades das equipes para prestarem o atendimento em rede, muitos

profissionais têm consciência da relevância desse trabalho.

O GRAF. 3 apontou informações que foram tidas como fundamentais na etapa do diagnóstico, uma vez que 90,57% dos entrevistados das ESFs afirmaram atender pacientes que têm problemas ligados à saúde mental.

Gráfico 3: Declaração da existência de pacientes atendidos no serviço que também são atendidos pela outra equipe

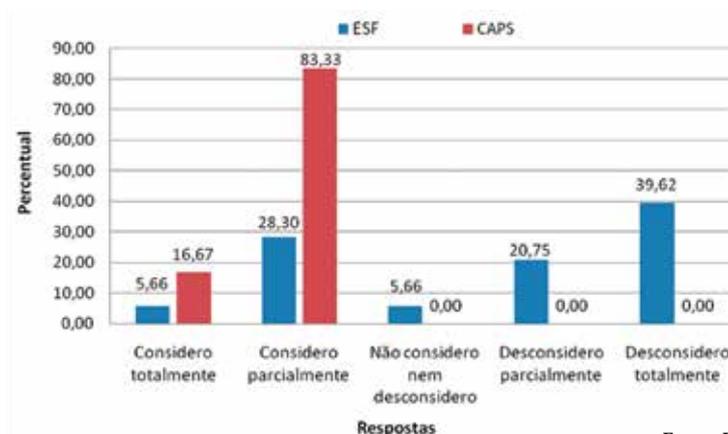


Fonte: Dados da pesquisa.

O GRAF. 4 indica que 20,75% dos profissionais das ESFs desconsideram parcialmente a afirmação de que estão preparados para atender a demandas em saúde mental, e 39,62% dos profissionais dessas mesmas unidades declararam discordar totalmente da afirmação de que estejam preparados para atenderem à área de saúde mental ou darem suporte a ela. Somando-se as duas

respostas, temos que 60,37% dos profissionais das ESFs participantes da pesquisa não se consideram preparados para prestar atendimento em saúde mental. Mas sabe-se que, na prática, os trabalhadores se esforçam por vencer suas dúvidas e incertezas e põem-se a construir um fazer, ainda que isso traga para cada um novos questionamentos e angústia.

Gráfico 4: Consideração sobre estar preparado para atender à área de saúde mental ou dar suporte a ela



Fonte: Dados da pesquisa.

Foram, então, planejadas e executadas as ações identificadas como relevantes por meio do levantamento diagnóstico acerca das dificuldades de interação entre as equipes CAPS e ESFs, tendo sido identificado que tais equipes desconheciam o trabalho uma da outra, ainda que as equipes de ESFs muitas vezes “atendiam” ou “acolhiam” pacientes identificados pelos profissionais como portadores de transtornos mentais, sobre os quais tais profissionais declaram não ter conhecimentos para manejarem a situação.

Como já mencionado e explicado na metodologia, esse grupo foi composto de 31 participantes, o que representou 41,33% de todos os trabalhadores dos serviços SUS, de ambos os grupos pesquisados. Quanto à equipe da Extensão, esta foi composta de: um professor e de dois monitores (um aluno do curso de Psicologia, e o outro do curso de Enfermagem – que, na metade do trabalho, teve que ser substituído por outro aluno da Psicologia). As temáticas foram contempladas em minicursos como: Saúde Mental, Drogas, Alcoolismo, Habilidades Sociais, Proatividade e Motivação. Os trabalhos coletivos em formato de minicurso ou de oficina por si mesmos já favoreciam a integração da equipe de profissionais da saúde; com o pano de fundo em temáticas já mencionadas, tudo ocorreu no intuito de capacitar os profissionais e potencializar suas ações para integração das equipes, visto que, ao participarem dos encontros, os profissionais trocavam experiências e relatos, trazendo casos para ilustrarem e enriquecerem o assunto discutido.

Tais oficinas e minicursos foram pensados com base na compreensão de que um dos compromissos na implantação das ESFs e que deveria constar no Plano Municipal de Saúde se refere ao fluxo de usuários, com vistas a garantir a referência e a contrarreferência à atenção especializada, entre elas a Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2007b). Dessa forma, contemplar temáticas que facilitassem para os trabalhadores dos serviços a capacidade de oferecer referência e contrarreferência era bastante relevante no contexto.

Em determinado momento do desenvolvimento das ações extensionistas, constatou-se um grande ganho; a equipe que compõe o CAPS, além de ter acolhido o projeto integralmente, criou por si mesma uma cartilha informativa acerca do serviço. Essa “**Cartilha do CAPS**” foi distribuída para diversas instituições de saúde e outras instituições de caráter público, como CRAS, APAE e outras. Tudo isso foi associado e **informado por essa equipe ao grupo extensionista, como resultado da sensibilização e da eficácia das ações do Projeto.**

Finalmente, um encontro de encerramento foi realizado, no qual uma oficina de integração entre as equipes CAPS e equipes ESFs, bem como uma confraternização, ocorreram. Esse momento foi importante para trocas de experiências e discussões sobre as estratégias a serem adotadas pelas equipes para a efetivação da proposta de Serviços em Rede, de acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do SUS. Nesse dia, também foi aplicada uma entrevista semidirigida, que contou com as respostas dos 31 participantes do projeto, cujos dados passam agora a ser discutidos.

Na etapa de avaliação final, todos os participantes relataram que a participação nas atividades do projeto lhes trouxe ganhos quanto à sua atividade profissional. Essa avaliação nos indica que, apesar de algumas adversidades terem surgido no decorrer do processo, o projeto conseguiu sensibilizar os profissionais quanto à relevância de terem momentos para se encontrarem, fazerem reciclagem de conhecimento, se conhecerem e trocarem experiências.

Em relação às mudanças sentidas como ganhos para a equipe, 65% dos participantes responderam que perceberam melhorias no trabalho, sendo que algumas falas reforçam essa ideia: “Acho que todos ganharam conhecimento” (sic); “crescimento pessoal e visão ampliada de vários contextos” (sic). No entanto, 29% responderam que não perceberam ganhos para a equipe, sendo que alguns

apontaram a seguinte fala: “Ainda não” (sic); ou seja, esses participantes indicam que as mudanças ainda não ocorreram, mas existe um potencial para que elas venham a termo. Vale ressaltar ainda que 6% dos participantes não responderam a essa questão, podendo indicar que a percepção em relação às mudanças não estava clara para esses participantes.

Gráfico 5: Percepção quanto a mudança ou ganhos da equipe com base nas ações do projeto



Fonte: Dados da pesquisa.

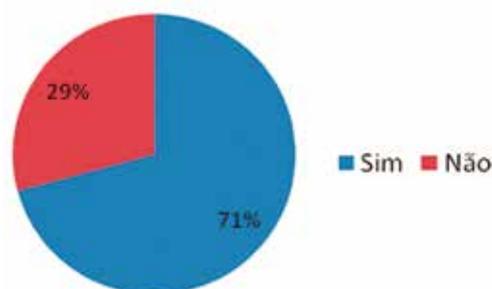
Quanto à avaliação da importância do trabalho desenvolvido pelo Projeto Articulações, os participantes são unânimes em considerar que esse foi importante. As falas dos participantes indicam pontos importantes em que o projeto os alcançou: “De grande importância para melhoria na assistência em saúde, pensando na rede” (sic); “Importantíssimo para a Saúde Pública e seus usuários ganhou” (sic); “Muito importante para nós profissionais da saúde e para os pacientes” (sic). Essa manifestação dos participantes nos remete ao fato de que o projeto favoreceu uma conscientização em relação à promoção de saúde por meio da interação entre as equipes.

Os participantes também foram unânimes ao falarem a respeito da melhoria de seus conhecimentos em relação ao trabalho desenvolvido pela equipe da qual não faziam parte, ou seja, os participantes das ESFs relataram ganhos em relação ao conhecimento das atividades desenvolvidas no CAPS e vice-versa.

No que diz respeito à melhoria da qualidade das relações internas com a própria

equipe de trabalho, 71% dos participantes apontaram que houve melhoras nas relações com a própria equipe. No entanto, os 29% que não consideraram ter havido melhoras nessas relações indicam que essas se mantêm no mesmo patamar que anteriormente ao início das atividades do projeto. As falas dos participantes confirmam essa ideia: “Não. Continuam iguais” (sic); “Sem alterações significativas, se mantiveram boas” (sic); “Ainda não” (sic). O discurso dos participantes demonstra que, apesar de todos os esforços empreendidos, as equipes ainda precisam melhorar quanto à sua articulação interna, pois, para que essas possam se articular em rede, é necessário que os envolvidos estejam cientes do papel de cada um nesse trabalho.

Gráfico 6: Percepção declarada acerca da melhoria de relações internas com a equipe de trabalho



Fonte: Dados da pesquisa.

A melhora nas relações externas das equipes foi percebida por 58% dos participantes, ou seja, os participantes vinculados às ESFs perceberam melhoras nas relações de suas equipes de trabalho com a equipe do CAPS e vice-versa. Ocorre que 42% discordam dessa assertiva, apontando que as relações não melhoraram. Assim como afirmado na questão referente à melhora das relações internas, as relações externas também precisam de maior atenção e engajamento para que melhorem.

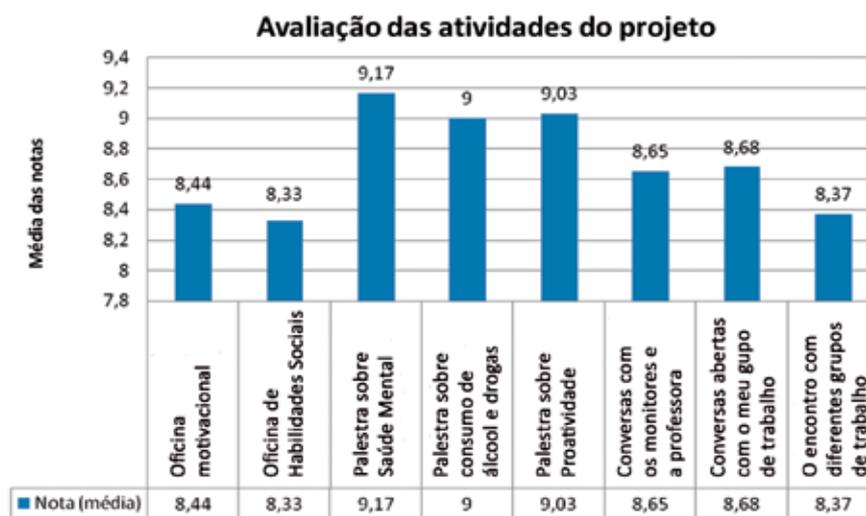
Os participantes da pesquisa também atribuíram notas para a sua participação nas atividades, de acordo com a sua

percepção quanto ao seu envolvimento e comprometimento com as atividades propostas. As notas atribuídas variaram entre 5 e 10. A média aritmética das notas foi de 7,6; sendo $n = 31$. O desvio padrão foi de 1,3. Percebe-se que, para os participantes, a sua presença nas atividades foi proveitosa

e eles contribuíram para que as atividades obtivessem sucesso.

Ao avaliarem as atividades desenvolvidas no projeto, os participantes também atribuíram pontuações de acordo com a sua percepção da importância da atividade. O gráfico abaixo ilustra a média das notas:

Gráfico 7: Pontuação das atividades desenvolvidas pelo Projeto, cuja nota seria de 0 a 10 pontos.



Fonte: Dados da pesquisa.

Nota-se que a atividade com a maior pontuação foi a palestra que tratava de Saúde Mental. Cabe ressaltar que a referida palestra foi apresentada apenas para os trabalhadores vinculados às ESFs e teve presença maciça de agentes comunitários de saúde. Dessa forma, pode-se perceber que existe grande demanda por capacitação dos trabalhadores das ESFs, uma vez que esses apontaram na pesquisa de diagnóstico que têm pouco conhecimento acerca da temática de Saúde Mental. Entre as atribuições dos ACS, destacam-se: o desenvolvimento de ações que integrem a população de sua microárea de atuação à ESF de referência; o cadastramento das famílias inseridas no território da microárea em que atua; a orientação das famílias quanto ao uso dos serviços e recursos de saúde disponíveis no sistema; o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2007b).

Cabe ressaltar que o ACS deve acompanhar, por meio de visitas domiciliares, todas as famílias e os indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe multidisciplinar da ESF.

Palestra sobre Consumo de Alcool e Drogas também foi bem avaliada, corroborando a percepção de que há a necessidade de se investir na formação e na capacitação dos profissionais vinculados às ESFs nesse sentido, em razão das necessidades da população atendidas por esses serviços. O tema Proatividade recebeu significativa pontuação e, por ser um elemento importante para a melhor integração de equipes, assinala a necessidade do fortalecimento da interação em grupo entre os profissionais atuantes no serviço.

Ao avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais estabelecidos a partir da participação no projeto, verificou-se que

29% dos participantes consideraram que essas relações foram ótimas, ao passo que 48% consideraram muito boas, e 23% consideraram boas. Não foram apontadas relações consideradas regulares ou ruins. Tal fato evidencia que o trabalho do Projeto Articulações pode ter alcance mais profundo e promover mudanças significativas nas relações entre as equipes e os serviços de saúde no município de Arcos. Essas mudanças podem alavancar o trabalho de articulação iniciado por iniciativa da equipe do CAPS, que se propôs a realização de reuniões com as equipes das ESFs e de outros serviços do município.

É necessário também discorrer sobre as respostas abertas ou discursivas a respeito de mudanças observadas nas relações interpessoais dos profissionais em virtude do trabalho desenvolvido pelo projeto Articulações em Saúde. Ressaltando-se que, apesar de somente 31 pessoas terem participado da maioria das atividades, alguns profissionais declararam estarem sensibilizados pela noção do trabalho em rede e interação entre equipes, noções estas apresentadas pelo Projeto Articulações em Saúde. Algumas falas dos participantes podem ilustrar a questão: “O desejo de dar continuidade à interação ESF e CAPS” (sic); “Aprendemos como é importante o trabalho em equipe” (sic). Tais afirmativas nos remetem à certeza de que muitos profissionais foram despertados para o interesse de conhecerem os trabalhos das equipes adjacentes aos serviços do SUS. Constatou-se também como ganho uma melhoria da compreensão a respeito dos serviços e dos profissionais que atuam no CAPS do município. Como se afirma nos dizeres de dois dos profissionais que realizaram a avaliação: “Em relação ao CAPS, tirei muitas dúvidas do trabalho realizado pela equipe” (sic); “Fiquei sabendo de atividades e conheci profissionais que atuam no CAPS” (sic).

O referido projeto extensionista também possibilitou a percepção de mudanças, mesmo que modestas, como foi afirmado por uma das profissionais que avaliaram o trabalho: “Houve uma mobilização maior

na equipe no sentido de por em prática as visitas e a capacitação das ESFs”. (sic).

No geral, o projeto extensionista Articulações em Saúde foi avaliado de forma positiva; entretanto, muitas melhorias poderiam ter acontecido caso houvesse melhor engajamento e mobilização entre os profissionais atendidos pelo projeto. Ficou claro que pequenas mudanças foram acontecendo, todavia a passos lentos. Ainda na visão dos entrevistados, o projeto ofereceu contribuições e foi tido como significativo para muitos, como se pode observar a seguir: “Excelente e de grande importância” (sic) ou que “foi importante, pois não conhecia nada do CAPS” (sic) e que “organizou-se melhor o serviço” (sic).

Mas sabe-se que ainda há muito por fazer e muito por pensar. Por exemplo, o autor Jorm (2011), pesquisador e professor universitário na Austrália, fala do conceito de “Alfabetização em Saúde Mental”, e, segundo ele, esse tem uma história relativamente curta (15 anos) como tema de pesquisa e ação em alguns países como Austrália, Inglaterra, Canadá e Escócia. No entanto, ainda de acordo com esse autor, tem-se alcançado avanços suficientes para justificar os esforços nessa área. Ele diz que o trabalho começou, e até agora tem se concentrado em crenças, mas as associações entre crenças e ações são modestas. No futuro, ele elucida que é preciso haver mais ênfase na mudança de ações que levarão o público a se beneficiar da difusão de conhecimentos em saúde mental. Para o autor, seria responsabilidade dos serviços de saúde pública de todos os países capacitarem a sua população para reconhecerem sintomas de problemas ligados à saúde mental de forma precoce. Na Austrália, segundo ele, no ano de 2009, um plano nacional de saúde mental identificou melhoras na aquisição de conhecimentos nessa área, por meio de um programa que visava difundir e aumentar a prevenção e a intervenção precoce nesses problemas.

Por enquanto, cabe a pesquisadores, professores, gestores e trabalhadores da saúde pública no Brasil irem encontrando seus caminhos e validando seus fazeres,

para gradativamente avançarmos na construção do conhecimento que deve e pode ser repassado para a população. E, num futuro que não se mostra tão distante, quem sabe poderemos também falar de “Alfabetização em Saúde Mental” no Brasil?

4 Considerações finais

O trabalho do Projeto Articulações em Saúde, inicialmente uma pesquisa para realização de um diagnóstico, seguido de atividades propostas dentro de um cronograma da ação extensionista, e finalmente, de uma avaliação final dos trabalhos, evidenciou que, apesar da falta de articulação entre os serviços e dos diversos dificultadores (que impedem que os trabalhos se desenvolvam como preconizado em lei, como serviços em rede), apontou que existem possibilidades de implementar e potencializar as ações das equipes. A pesquisa pôde evidenciar que, de fato não havia articulação entre Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no município de Arcos. Cabendo salientar a importância do desenvolvimento de estratégias capazes de promover a integração entre as equipes à articulação entre ambos os serviços, como as ações desenvolvidas pela Pontifícia Universidade Católica, por meio da ação extensionista.

Todavia, o Ministério da Saúde precisaria aumentar seus investimentos em formação e capacitação de equipes, que muitas vezes trabalham com escassez de pessoal e de tempo, restringindo-se aos afazeres diários. É de extrema importância para o funcionamento adequado da Rede de Serviços de Saúde que as equipes recebam contínuos de treinamento e capacitação para lidarem com as demandas em saúde, especialmente em saúde mental. Nesse sentido, entende-se como necessário o planejamento de ações para a capacitação das equipes das ESFs para o atendimento a pacientes portadores de sofrimento mental, bem como para o estabelecimento de mecanismos de suporte da equipe do CAPS para as equipes das ESFs.

Foram identificados ganhos com as ações do projeto, valendo ressaltar a criação, por parte da equipe CAPS, de uma espécie de **Cartilha** informativa, trazendo dados esclarecedores sobre o serviço dessa instituição no município, material esse distribuído em diversos espaços e instituições da cidade de Arcos, por iniciativa dos próprios profissionais da equipe. Em reunião com a equipe do projeto, os profissionais do CAPS mencionaram terem sido “despertados” pela proposta trazida pela Extensão da PUC.

Articular a rede de serviços de saúde é uma necessidade há pouco tempo despertada por pesquisadores do campo da saúde. Percebe-se que a dinâmica institucional favorece para que os serviços atuem de forma individualizada, não havendo o favorecimento para que as equipes se integrem. Esse favorecimento para a articulação deve ser uma busca de todos os profissionais envolvidos na prestação de serviços em saúde.

Como apontaram os trabalhadores entrevistados durante a pesquisa, existe atualmente, em ambos os serviços, grande demanda por atendimento, tanto na Atenção Básica quanto na Atenção à Saúde Mental. Esse fato indica a necessidade de investimentos para a ampliação e melhoria dos serviços de saúde, visando aumentar a sua capacidade de atendimentos e, portanto, melhorar a qualidade da prestação de serviços em saúde no município.

Oferecer atendimento ao portador de sofrimento mental no seu território, ou o mais próximo possível a ele, facilita para que o paciente consiga estabelecer laços com a comunidade na qual está inserido e resgatar a sua condição de cidadão. Caso contrário, o que se vislumbra é que os pacientes atendidos no CAPS acabem por se institucionalizarem, o que não atende às proposições da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Finalmente, um fato a ser destacado foi o estabelecimento de diálogos com os agentes comunitários de saúde. Esses trabalhadores demonstraram-se bastante alinhados com a proposta de prevenção, promoção de saúde e articulação dos serviços. Ressalta-se aqui a

importância do papel do agente para o bom funcionamento da ESF. “O agente comunitário de saúde (ACS) é o profissional que desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde” (BRASIL, 2009, p.27). Pelo fato de ser morador da comunidade onde está inserida a ESF, o ACS tem como característica o acesso e o conhecimento mais pormenorizado das demandas por saúde da comunidade. Nesse contexto, despertou-se uma nova questão: como a Universidade pode contribuir com esses profissionais, sanando algumas dificuldades que as políticas públicas ainda não conseguiram suprimir? ■

Referências

- AMARANTE, P. Forças e diversidade: As transformações na saúde e na loucura. In CASTELO BRANCO, G.; BAÊTA NEVES, L. F. (Orgs.). **Michel Foucault – Da arqueologia do saber à estética da existência**. Rio de Janeiro: NAU, 1998.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: **Tecendo o apoio matricial na atenção básica**. Psicologia ciência e profissão, Brasília, v. 28, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2011.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, 20 setembro 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2010**. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: As novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: janeiro de 2011a, 106 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso em: 19 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: 19 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família**. Brasília: 2011b, Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 19 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: O vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.
- BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. *Diário Oficial da União* 2002, 19 fev.
- DELFINI, P. S. S. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: O desafio da construção de um novo saber. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2011.
- DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: Experimentando

- inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**. 2009, v. 18, n. 1, p.63-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2011.
- FIGUEIREDO, M. D. Saúde mental na atenção básica: Um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS – Campinas (SP). 2006. 147 f. **Dissertação** (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006, São Paulo.
- JORM, A. F. Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. **American Psychologist**. Disponível em: <<http://www.mentalhealthfirstaid.ca/EN/about/Documents/mental-health-literacy-ap-in%20press%202011.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2014.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 871 p.
- POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 19 set. 2011.
- TRIPP, D. **Pesquisa-ação: Uma introdução metodológica**. Tradução: Lólio Lourenço de Oliveira. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p.443-466, set./dez. 2005.
- VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.531-562.
- ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. N. da. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p.131-150, jun. 2008.