

Saúde Mental na Atenção Básica em Município do Interior do Estado de São Paulo: A pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico^I

Mental Health in Primary Care at a up-country City of São Paulo State: The Action Research as a Strategy for Strengthening the Network of Care Services to Psychic Suffering

Danielle Araujo Borsari^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa^{III}

Resumo

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa utilizando a pesquisa-ação, associada a uma estratégia de intervenção, tendo como suposto a capacidade de interferir na realidade estudada modificando-a. Realizaram-se reuniões com a equipe da rede de atenção à saúde nas quais se discutiram aspectos da política de Saúde Mental e da prática cotidiana dos profissionais da Atenção Básica (AB) nos atendimentos em saúde mental. Principais conclusões resultantes das discussões: inexistência de responsabilidade coletiva do trabalho; dificuldade na incorporação dos diferentes saberes às práticas de saúde; desorganização no processo de trabalho que remete à desarticulação com os outros serviços; há um esforço para incluir outras modalidades de cuidado ao portador de sofrimento psíquico que procura a AB, no entanto o uso do psicofármaco ainda persiste praticamente como tratamento hegemônico em saúde mental. Além das transformações assistenciais significativas na área da saúde mental alcançadas, o essencial é que a equipe percebeu sua capacidade de reflexão sobre o seu papel na AB, principalmente o de realizar mudanças e gerar transformações em suas práticas.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Atenção Básica; Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Pesquisa-ação.

Abstract

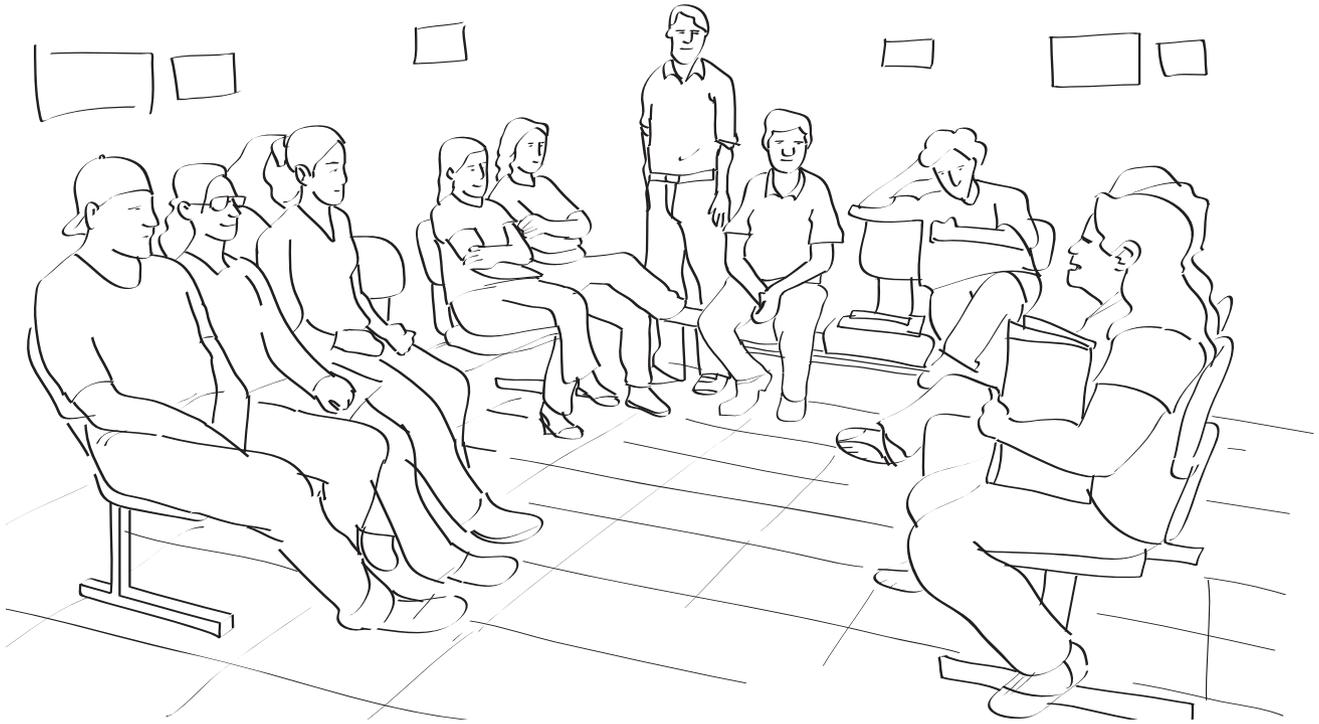
This is qualitative research using the action research associated to an intervention strategy, relying on the ability to interfere with reality studied, modifying it. Meetings were held with the staff of the health care network which discussed aspects of mental health policy and the everyday practice of professionals in Primary Care in mental health. Main findings from the discussions: lack of collective responsibility at work; difficulty in incorporating different knowledge to health practices; disorganization in the work process that refers to the disarticulation with other services; there is an effort to include other types of care for patients with psychological distress who seeks Primary Care, however the use of psychotropic drugs persists nearly as hegemonic mental health treatment. In addition to the significant care changes in mental health achieved, the essential is that the team realized their ability to reflect on their role in Primary Care, mainly to make and generate changes in their practices.

Keywords: Mental Health; Primary Care; Psychiatric reform; Psychosocial Care; Action research.

^I Este artigo foi extraído de um texto maior que desenvolvemos durante nossa pesquisa junto ao Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, curso de mestrado em Saúde Coletiva.

^{II} Danielle Araújo Borsari (dani.borsari@hotmail.com) é Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Especialista em Gestão da Clínica Ampliada nas Redes de Atenção à Saúde.

^{III} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela USP é Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e docente do Programa de Mestrado Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos da mesma secretaria.



Introdução

Alguns autores têm destacado a relevância da Atenção Básica como elemento-chave para a promoção da equidade nas sociedades com grandes disparidades sociais. No cenário nacional, a partir de sua criação em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assumiu grande importância política e social no âmbito do sistema de saúde brasileiro, com propostas de reestruturação do sistema de atenção à saúde e do modelo assistencial vigente¹³. Já no estado de São Paulo, que por motivos históricos a ESF concorre com os Centros de Saúde, o novo modelo tem-se destacado de forma expressiva principalmente em municípios de pequeno porte populacional¹⁴, como é o caso do município, protagonista neste trabalho.

Saúde mental e atenção básica

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e

econômico que se constitui em um movimento que vem sendo delineado como uma transformação do modelo assistencial em saúde mental a partir da implantação dos novos dispositivos de atenção à saúde mental. O movimento da desinstitucionalização, que se seguiu à Reforma Psiquiátrica, não se restringe à substituição do hospital, mas se sustenta num processo político e social de mudança dos modelos de atenção e gestão de um aparato de cuidados e práticas que devem ser realizadas na comunidade e direcionadas às propostas de ressocialização/reabilitação. Concernentes ao SUS, a organização da nova Política de Saúde Mental foi alicerçada na criação de novos serviços substitutivos, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵.

Pouco tempo depois, o próprio Ministério da Saúde, reconhecendo que a saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, promove uma aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica, na qual encontra terreno favorável devido à consonância nos conceitos e concepções, tais

como território, atuação transversal e estabelecimento de vínculos e acolhimento⁸. Para a organização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica foram propostas três diretrizes, a saber, apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica; formação como estratégia prioritária e a inclusão da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Assim, a interface entre saúde mental e atenção básica se daria com o apoio matricial como um arranjo organizacional visando ao suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, com a formação e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações de saúde na atenção básica e com a disponibilização de dados de saúde mental pelo sistema SIAB como estratégia para a avaliação e planejamento em saúde⁸.

Para aprimorar o atendimento e a qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde amplia o leque de opções aos usuários da Atenção Básica por meio da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é uma estratégia criada para produzir saúde sob múltiplas dimensões do cuidado⁴. Em outros termos, com a implantação do NASF, a partir de 2008, além dos profissionais que prestam atendimento nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), contando com a decisão dos gestores locais para a sua implantação, outros profissionais estariam disponíveis.

Posteriormente, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial e, em 2012, com a Portaria nº 132, o Ministério da Saúde institui o incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS⁹. A RAPS é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de

garantir a integralidade da assistência à saúde. Preconiza-se que tal rede de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Mantêm-se como diretrizes na RAPS a equidade, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços em rede com base territorial e comunitária, com o cuidado centrado nas necessidades das pessoas. Nessas bases, a RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso do crack, álcool e outras drogas.

Essa organização foi proposta para dar respostas resolutivas a uma importante demanda relacionada à Saúde Mental que chega diariamente na Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema de saúde. Todavia, os principais resultados de estudos sobre a população que procura a rede de atenção básica em saúde apontam para a existência de uma alta prevalência de transtornos mentais menores e um número pequeno de usuários identificados como tal pelos médicos clínicos¹. Segundo Onocko-Campos¹⁰, a situação encontrada por esse estudo é agravada, diante da complexidade da Saúde Mental na Atenção Básica, à falta de diretrizes adicionais do Ministério da Saúde, à falta de preparo técnico do profissional, às precárias condições de trabalho, à falta de investimento dos gestores, entre outros, que fazem com que a demanda à Saúde Mental não encontre uma resposta adequada, nem uma escuta qualificada. Portanto, mesmo com os avanços obtidos na área da Saúde Mental e na Atenção Básica, persistem vários nós críticos a serem discutidos.

Neste artigo faremos o relato de uma leitura crítica sobre as reflexões dos profissionais de saúde produzidas pela pesquisa-ação desenvolvida no âmbito da prática de saúde mental na Atenção Básica do município de Indiana.

Métodos

O local da pesquisa

O município de Indiana tem aproximadamente 4.817 habitantes, está situado na região oeste de São Paulo a 566 km da capital, compõe com outros 18 municípios de pequeno porte populacional o CGR da Alta Sorocabana do DRS XI, sediada em Presidente Prudente. O município conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentando 100% de cobertura das ESF, uma miniequipe de Saúde Mental formada por médico clínico, enfermeira, psicólogo, assistente social e farmacêutico, que tem como função dar apoio técnico para as equipes de Saúde da Família nos casos mais complexos. Conta com a referência de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e CAPS AD) do município de Martinópolis. O Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI) de Presidente Prudente oferece leitos hospitalares de curta permanência no hospital geral administrado pelo HR (Hospital Regional). Neste, existe ainda o Ambulatório de Dependência Química do AME (Ambulatório Médico de Especialidades). Existem, ainda, três hospitais psiquiátricos na região de Presidente Prudente (São João, Bezerra de Menezes e Allan Kardec), nos quais a internação é realizada intermediada pela Central de Regulação de Vagas e pela equipe de saúde da Atenção Básica, que avalia o paciente e orienta os familiares. Para internações fora do horário de funcionamento da unidade básica, ou quando não há vagas em leitos psiquiátricos, a referência é a Santa Casa de Martinópolis.

A estratégia metodológica do estudo

Como abordagem metodológica utilizamos a pesquisa-ação, que tem como pressuposto que os sujeitos que nela se envolvem compõem um grupo com objetivos e metas comuns, interessados em um problema que emerge num dado contexto

local. Entre as diversas abordagens teórico-metodológicas que a pesquisa-ação tem sido utilizada, optamos pela pesquisa-ação crítica, que pode ser considerada, de acordo com Franco⁶:

“uma abordagem de pesquisa, com característica social, associada a uma estratégia de intervenção e que evolui num contexto dinâmico (...) é uma pesquisa que parte do pressuposto de que pesquisa e ação podem estar reunidas (e) essa pesquisa pode ter por objetivos a mudança, a compreensão das práticas, a resolução dos problemas, a produção de conhecimentos e/ou a melhoria de uma situação dada, na direção proposta pelo coletivo; (...) metodologicamente, deve ter procedimentos flexíveis, ajustar-se progressivamente aos acontecimentos; estabelecer uma comunicação sistemática entre seus participantes e se autoavaliar durante todo o processo; (...)” (Franco, 2005, p. 496)

Com um problema constatado, o grupo procura problematizá-lo, ou seja, situá-lo em um contexto teórico buscando possíveis intervenções.

Dessa forma, considerando que um dos objetivos deste trabalho foi investigar a própria prática a fim de modificá-la, justificamos a preferência por um método, como o da pesquisa-ação, que visa à atividade transformadora e à reflexão, por meio da participação ativa dos principais atores da prática.

Além disso, utilizamos também como recurso metodológico o grupo intercessor que pode ser considerado um campo aplicado para a produção do conhecimento. Pretendeu-se que este grupo funcionasse como um campo de construção de sentidos sobre as práticas já desenvolvidas ou a serem engrenadas, buscou-se oferecer um espaço de consideração aos impasses vividos com os profissionais envolvidos no cuidado com a Saúde Mental, sabendo-se, portanto, que não existem

soluções apenas a partir de métodos ou teorias gerais. O grupo intercessor pode ser compreendido no momento de inserção do intercessor (pesquisador) no cotidiano da equipe, no caso desta pesquisa nas equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Indiana, como um dos seus participantes necessariamente aceito pelo coletivo, o intercessor-pesquisador também é alguém que tem questões que aquele trabalhador imerso no seu cotidiano ainda não formulou¹⁵.

Utilizamos como espaço de discussão as reuniões entre as equipes de ESF, nas quais foram elencados alguns atores participantes e alguns temas foram predefinidos somente como estratégia de aquecimento do grupo. A discussão em grupo foi o espaço utilizado para identificar o olhar dos atores envolvidos no processo e para explicitar os conceitos, as noções e as práticas que são utilizadas na Atenção à Saúde Mental, principalmente na Atenção Básica. O grupo se encontrou regularmente quinzenalmente durante alguns meses no próprio local de trabalho dos participantes. O modo de funcionamento (horário, duração, frequência) se estabeleceu de acordo com os participantes. Os temas desenvolvidos nas reuniões não foram previamente formulados, e a seleção dos temas abordados dependeu do interesse e da dinâmica do grupo.

A composição do grupo foi multidisciplinar, e foram convidados para participar médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais que atuam nas duas equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Indiana.

Vale ressaltar, por sua metodologia não tradicional de clara distinção entre pesquisador, sujeitos e objeto de pesquisa, que neste trabalho a ética foi uma questão primordial, na qual o pesquisador tomou todas as medidas cabíveis para assegurar que não ocorresse nenhuma situação

que implicasse prejuízo ou constrangimento aos participantes. Condutas, atitudes e comportamentos do pesquisador durante o desenvolvimento da pesquisa foram conduzidos tendo como cerne, não somente o anonimato, mas principalmente a manutenção da confiança mútua entre pesquisador e participantes. Todos que aceitaram participar da pesquisa assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, para atender aos objetivos e alcance da pesquisa houve uma pactuação coletiva entre todos os participantes. Atendendo às diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Processo CAAE: Nº 06249312.4.0000.0086.

Teoria versus prática cotidiana ou, por que o que sabemos não praticamos?

Relatamos aqui à guisa de apresentação dos resultados e discussão uma parte da leitura crítica, elaborada **a posteriori**, sobre as reflexões expressadas pelos profissionais durante o processo de realização dos grupos intercessores.

Um dos pontos que ganharam destaque nas discussões foi que a equipe, até certo ponto, expressa os conhecimentos técnicos adquiridos sobre saúde mental, porém não consegue colocá-los em prática, não consegue transformar informação em conhecimento. Outras questões externas que também interferem na execução/realização do trabalho da equipe são a falta de apoio e direcionamento do trabalho, incentivo, estrutura física e recursos materiais. O conflito entre a questão profissional e pessoal, também, apareceu nas discussões, pois para se trabalhar com saúde mental envolve-se, também, o lidar com seus próprios conflitos. As expressões

que revelam comprometimento da autoestima da equipe estão relacionadas com a incapacidade dos profissionais de acolher as questões de saúde mental, ao mesmo tempo em que elas se mostram acomodadas, estão presas a hábitos que as deixam inertes e desmotivadas para as mudanças. Essa situação assemelha-se ao que estudos recentes sobre o trabalho em equipe na ESF revelaram: ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais¹¹, mesmo com discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais de saúde e administrativos, entre nível superior e nível médio de educação e entre médico e enfermeiro¹².

É possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho e dos saberes. Na prática, ocorre que os profissionais acabam realizando ações isoladas, expressando a fragmentação do grupo de trabalho e não um processo de trabalho integrado em equipe. A diversidade de profissionais, que atuam na unidade de saúde, possibilitaria, por meio do processo de trabalho organizado e sistematizado, o enfrentamento de inúmeras dificuldades que se apresentam no campo da Saúde Mental. No entanto, ainda é preciso um trabalho de incorporação dos diferentes saberes às práticas de saúde para que se tornem humanizadas e mais qualificadas em escutar e atender às necessidades de saúde da população.

O que podemos observar é que se faz necessário uma urgente articulação entre os profissionais de saúde, permitindo maior diversidade de saberes e das ações e busca de consenso, mediante uma relação baseada na interprofissionalidade.

Durante as reuniões, os médicos não participaram em nenhum dos momentos, o que

fortaleceu a ideia de que a equipe tem em relação a eles: “a de um profissional que prescreve, mas não se envolve”. Por um lado, durante as discussões, este fato não impediu que a equipe buscasse alternativas de enfrentamento para as dificuldades relacionadas ao atendimento em Saúde Mental. A equipe não se ateu à figura do médico, ou à ausência do médico, como eixo central das discussões. Isso demonstra que os profissionais, conhecendo a realidade dos pacientes junto às suas famílias e por consequência conhecendo as necessidades da comunidade, conseguem dar conta da demanda de sofrimento psíquico-leve que surge na Atenção Básica, mesmo sem o envolvimento do profissional médico. Por outro lado, os mesmos profissionais atribuem à ausência do médico a não realização de algumas atribuições.

Esse panorama se assemelha ao observado por Arce e colaboradores², no qual a equipe da Estratégia de Saúde da Família (que não possui o profissional médico em sua composição), por seu compromisso com a população, contribui efetivamente na construção da Atenção Psicossocial ao usuário portador de sofrimento psíquico. No entanto, os autores mostram, também:

“que esse compromisso da Equipe, que deveria ser um fator (que contribui para a qualidade do cuidado em Saúde Mental) entre tantos, passa a ser entendido como o único existente neste processo, denunciando, portanto, a carência de serviços e de ações em Saúde Mental para a população.” (Arce e col. 2011; p. 552).

Para compreendermos a conformação da equipe de saúde e o papel que ocupa o médico nessa equipe, não podemos deixar de assinalar que a organização do trabalho e o seu processo produtivo no âmbito da atenção à saúde é decorrente de um longo processo histórico, que conformou diferentes modelos assistenciais e de

organização de práticas que, por razões diversas, culminou na hegemonia e supervalorização do modelo clínico ou biomédico. Tal modelo passou a privilegiar a intervenção em “pedaços” do indivíduo em detrimento do todo, de modo que reações psicológicas dos pacientes ou problemas socioeconômicos envolvidos nas doenças não são passíveis de serem incorporados na formulação diagnóstica e no programa terapêutico. E mais, o modelo biomédico em terreno fértil da sociedade de consumo, induz os indivíduos e a sociedade à dependência da oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial como bons níveis de saúde³. Com isso, queremos dizer que o modelo assistencial predominante produzido no cotidiano dos serviços de saúde não pode ser considerado como de responsabilidade única dos profissionais de saúde, como asseveram⁷.

A esse propósito a equipe de saúde faz algumas reflexões a respeito da ideia generalizada de que para todo e qualquer problema de saúde haverá uma pílula salvadora e que não difere no caso do sofrimento psíquico. Assim, a situação de elevados índices de consumo de medicamentos psiquiátricos pela população de Indiana pode ser comprovada nos relatórios de dispensação de medicação psiquiátrica da farmácia municipal. Fica claro que, se por um lado pacientes procuram o atendimento médico e a receita do psicotrópico para o seu tratamento, por outro a própria equipe não acredita no seu trabalho, confirmando o modelo centrado no médico. Alguns pacientes chegam a recusar consultas de outros profissionais. Esse contexto é examinado por alguns estudiosos da área da Saúde Mental como Rosana Onocko-Campos¹⁰, que debate o lugar ocupado pelo médico e pela medicação na atenção à saúde mental. O remédio é uma prerrogativa do médico, o que lhe confere um “poder” sobre a equipe e usuários e que muitas vezes pode ser usado para dificultar

práticas democráticas dentro das equipes multidisciplinares. Além disso, a autora questiona se o uso da medicação poderia ter o sentido de não responsabilização do sujeito pelo seu problema, na medida em que a expectativa de melhora fica depositada num efeito mágico do remédio.

Durante o debate do tema, a equipe demonstra ter consciência de que não basta apenas o uso da medicação como forma de tratamento em saúde mental e que outros recursos terapêuticos são necessários para os cuidados com o paciente de saúde mental.

A complexa situação que se configura na atenção à saúde mental de Indiana, intensificada pela ausência dos médicos nas reuniões, só poderá ser resolvida num longo processo de discussão na equipe.

No âmbito das políticas de saúde mental, não podemos deixar de mencionar as lacunas, no que tange aos cuidados dos problemas de saúde mental menos graves, provocadas durante o processo da Reforma Psiquiátrica que priorizou os conceitos e práticas na atenção ao sofrimento psíquico grave e persistente¹⁶. Portanto, é inevitável falar do despreparo dos profissionais de saúde da atenção básica quando lidam com a problemática do sofrimento psíquico, acarretando em uma série de posturas inadequadas, como por exemplo, práticas discriminatórias e preconceituosas, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, como assinala Onocko-Campos¹⁰.

Na última década, o Ministério da Saúde lançou uma série de documentos focalizando a saúde mental na Atenção Básica e o aumento da capacidade resolutiva das equipes por meio da priorização da saúde mental na formação das equipes e da implantação do apoio matricial de saúde mental. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são um recurso importante, que tem a finalidade de ampliar a abrangência e a

resolutividade da Atenção Básica. Os NASF seriam formados por profissionais que não estão contemplados nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), destinados a fazer o matriciamento das equipes, apoiando os profissionais nas demandas do território. A proposta de implantação dos NASF no município foi discutida nas reuniões, estimulada pelo discernimento da necessidade de se ter um apoio matricial efetivo.

Para não concluir ou para continuar as transformações...

A equipe demonstrou, ao longo das reuniões, que é possível realizar um trabalho de qualidade. Desde que seja bem planejado e embasado, o reconhecimento e importância de cada profissional na realização das ações de saúde são essenciais para a mudança do paradigma que ainda vincule suas ações à figura do médico e ao modelo hospitalocêntrico e medicalizador. No entanto, por acreditarmos que as mudanças de comportamento têm origem, primeiro, nas mudanças de pensamento, pode-se dizer que as mudanças na prática dos profissionais desta equipe de saúde iniciam seu percurso a partir da realização destas reuniões.

A estratégia da pesquisa-ação, de trabalhar diretamente com os profissionais acabou trazendo novos desafios para o serviço de saúde de Indiana. Foi um avanço conseguir fazer a equipe de saúde se olhar, se ouvir como equipe, se reunir, discutir questões pertinentes à Atenção Básica, à Saúde Mental, e buscar novas formas de trabalho.

Dessa forma, a equipe, após o encerramento do projeto de pesquisa, não poderia tomar outra decisão que não a de dar continuidade às reuniões de equipe, agora, não mais no âmbito da pesquisa-ação, mas fazendo das reuniões um espaço de decisão da equipe de saúde que se propõe a

fortalecer ainda mais o serviço e o nosso vínculo como profissionais. A decisão de dar continuidade não foi unânime entre os profissionais, contudo a equipe está otimista de que as mudanças aconteçam e esperançosa com os futuros serviços. Uma das razões para tal otimismo reside no fato de que em uma das reuniões a equipe, consultando as portarias ministeriais referentes à implantação dos NASF, chegou à conclusão de que o município pode pleitear a criação de NASF3.

Além disso, outra questão importante, que também tem motivado a equipe, foram as iniciativas de contato de negociação com o CAPS 1 e CAPS AD do município de Martinópolis, que é referência para município, solicitando uma maior aproximação dos serviços e a implantação do apoio matricial.

Acreditamos que as principais mudanças ocorridas na equipe é que cada profissional pôde se enxergar como pessoas capazes de mudanças, capazes de reflexão sobre o seu papel como profissionais da Atenção Básica, e, fundamentalmente, viram que são capazes de gerar transformações em suas práticas, sem precisarem esperar que essas mudanças partam dos gestores, ou que venham de “cima pra baixo”, como estávamos acostumados.

Referências

1. Andreoli SB. Serviços de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. São Paulo: Artmed; 2007. p.85-100.
2. Arce VA, Souza MF, Lima MG. A *práxis* da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. Pysis Rev Saúde Col. 2011;21:541-560.
3. Barros JA. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde Soc. 2002;11(1): 67-84.

4. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saúde Públ.* 2008;24(2): 456-68.
5. Costa-Rosa A, Yasui S. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: Rabelo IVM, organizador. *Olhares, experiências de CAPS.* Goiânia: Kelps; 2009.
6. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. *Educ Pesq.* 2005;31(3):483-502.
7. Merhy EE, Franco TL. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde Deb.* 2003;27:316-23.
8. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.* Circular conjunta, Brasília (DF); 2003.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 26 dez 2011; Seção 1:230.
10. Onocko-Campos R, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec; 2008. p.221-246.
11. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Públ.* 2001;35(3):303-11.
12. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic. Saúde Educ.* 2005;9(16):25-38.
13. Souza AMA, Braga VAB. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Acta Paul Enferm.* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 26 mar 2012];19(2): 207-211. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
14. Souza RR, Campagnoni M, Azevedo CN. *Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica.* São Paulo: SES; 2009. 190 p.
15. Stringheta LVHO, Costa-Rosa A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na Atenção Básica em Saúde. In: Constantino EP, organizador. *Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia.* São Paulo: Arte & Ciência; 2007. p. 145-61.
16. Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc Saúde Col.* 2009; 4:477-486.