DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Challenges in mental health care in the Family Health Strategy

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Discutir as práticas de cuidado em saúde mental realizadas pelos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza-CE, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo crítico-reflexivo realizado em seis Unidades Básicas de Saúde do município de Fortaleza-Ce. Os sujeitos do estudo foram 12 trabalhadores de saúde nas seguintes categorias profissionais: médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico e/ou auxiliar de enfermagem. Utilizou-se para a coleta de dados entrevista semiestruturada, observação sistemática e questionário. A análise do material empírico baseou-se na compreensão dos discursos através da hermenêutica crítica. **Resultados:** Evidenciou-se que ações de saúde mental são desenvolvidas por parte de alguns trabalhadores de saúde na ESF, tais como; o apoio matricial, as tecnologias relacionais, a visita domiciliária e a terapia comunitária. Contudo, ainda se observa deficiência na formação/capacitação pela maioria dos profissionais da atenção básica, devido a uma perdura do modelo patológico/curativo de atenção em saúde. **Conclusão:** O cuidado em saúde mental ainda acontece de forma esporádica por parte de alguns trabalhadores na atenção básica. Todavia, já se apresentam alguns avanços, como o apoio matricial, as tecnologias relacionais em saúde, a visita domiciliária e a terapia comunitária.

Descritores: Saúde Mental; Terapêutica; Programa Saúde da Família

ABSTRACT

Objective: To discuss the practice of mental health care performed by healthcare professionals from the Family Health Strategy in Fortaleza-CE, Brazil. **Methods:** This is a critical and reflective study conducted in six Basic Health Units in Fortaleza-Ce. The study subjects were 12 health workers of the following professions: doctor, nurse, community health agents and technical and/or nursing assistant. Semi-structured interviews, systematic observation and questionnaire were used for data collection. The empirical analysis was based on an understanding of the discourses through critical hermeneutics. **Results:** It was evident that the mental health services are developed by some health workers in the ESF, such as, matrix support, relational technologies, home visits and community group therapy. However, there is still deficiency in training/coaching by most professionals in primary care, due to an enduring model of pathological or curative health care. **Conclusion:** Mental health care is still occasionally held by some workers in primary care. However, some progresses are already present as matrix support, relational technologies in health care, home visits and community therapy.

Descriptors: Mental Health; Therapeutic; Family Health Program.

Cynthia Mendonça Cavalcante⁽¹⁾
Diego Muniz Pinto⁽¹⁾
Ana Zaiz Teixeira de Carvalho⁽¹⁾
Maria Saete Bessa Jorge⁽¹⁾
Consuelo Helena Aires de Freitas⁽¹⁾

1) Universidade Estadual do Ceará - UECE
- Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 23/09/2009
Revisado em: 19/02/2010
Aceito em: 24/09/2010

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção em saúde mental brasileiro se instaura num período de transição econômica/política/social, apresentando elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos em conjunto com a elaboração de novos saberes e práticas no campo psicossocial. Portanto, a compreensão do sofrimento e adoecimento psíquico implica no processo saúde-doença para além das causas orgânicas e inclui a relação do sujeito com o ambiente como determinante das condições gerais de saúde⁽¹⁾. A partir dessa concepção, esse sujeito não é mais percebido como um doente desprovido de sua razão e de sua cidadania, mas a partir de sua singularidade e dentro de uma perspectiva integral.

Nesse sentido, ao buscar uma atenção integral e para que o cuidado em saúde mental, e de forma especial a reabilitação psicossocial, se dê no território de maneira satisfatória, há a necessidade de parcerias entre os serviços de saúde⁽²⁾. Dessa forma, a construção de redes de cuidado se mostra como uma das mudanças significativas para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, sendo a rede de atenção à saúde mental parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas redes são organizadas por ações e serviços públicos de saúde, instituídas no Brasil por Lei Federal na década de 90⁽³⁾.

A atenção básica é apontada como porta de entrada dessa rede assistencial, sob o argumento de que ela absorveria a demanda universal, dando resolubilidade a 80% das intercorrências⁽⁴⁾. Ademais, a atenção básica deve estar voltada para ações primárias de promoção e prevenção^(5,6).

Ao mesmo tempo, este cenário é propício para o desenvolvimento de ações em saúde mental que visam à substituição de práticas tradicionais, focalizadas na doença, por práticas integrais que reconheçam o sujeito nas suas diversas dimensões e como protagonista do cuidado em saúde. Nesse sentido, a saúde mental é compreendida como o eixo da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽⁷⁾, pois as relações que se formam e se mantêm a partir da estruturação do modelo, bem como atividades como acolhimento, caminhadas, iniciativas culturais e educativas, dentre outras, podem fazer da ESF um verdadeiro programa de saúde mental.

Portanto, o atendimento do portador de transtornos mentais ou sofrimentos psíquicos deve fazer parte do cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, poderá contemplar as necessidades de saúde de cada sujeito que procura o serviço, (re) construindo o modelo de atenção centrado na hospitalização por modelos substitutivos e comunitários, em que ressaltam a singularidade e a especificidade dos usuários.

Nesse contexto, a ESF é um importante campo prático para que os trabalhadores em saúde atuem prestando cuidados a esses sujeitos, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Esse atendimento pode ser prestado na própria UBS ou no domicílio, pelos trabalhadores (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Essa relação favorece a constituição de vínculos e a co-responsabilização entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhador/usuário/família/comunidade/serviço)⁽⁸⁾.

Tal concepção deve permear as práticas cuidadoras na medida em que são implementadas, não pelo sentido de excluir os determinantes biológicos e físico-químicos, mas, sim, pela amplitude dada ao processo diagnóstico e o possível planejamento terapêutico. Essas práticas são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos usuários acometidos de transtornos mentais e das famílias que se encontram totalmente envolvidas nos cuidados ao doente. A partir desse entendimento, buscou-se saber se práticas de cuidado em saúde mental têm sido realizadas e como estas se configuram no cotidiano do serviço na ESF em Fortaleza-CE.

Diante do exposto, o estudo objetiva discutir as práticas de cuidado em saúde mental realizadas pelos trabalhadores de saúde na ESF do município de Fortaleza-CE.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva. Tal metodologia é adequada para a análise do fenômeno social investigado e sua interface com o campo da saúde mental. Nesta abordagem teórico-metodológica, pode-se dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais⁽⁹⁾.

Como local da pesquisa, optou-se por seis UBS e Centros de Saúde da Família (CSF), do Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil. O estudo buscou contemplar as seis Secretarias Executivas Regionais (SER) do município, com o intuito de obter resultados mais diversificados, com isso foi escolhido um posto de saúde de cada SER.

Para a coleta das informações, utilizaram-se as seguintes técnicas e instrumentos: entrevista semiestruturada, observação sistemática e questionário. Os sujeitos da pesquisa foram doze trabalhadores de saúde das referidas unidades, sendo estes seis enfermeiros, três médicos, dois auxiliares de enfermagem e um agente comunitário de saúde, e, para melhor organização dos resultados,

nomeamos os trabalhadores de T1-T12. Os critérios de inclusão para a seleção desses trabalhadores foram: estar presentes no serviço no período da coleta de dados e tempo de serviço na ESF superior a seis meses.

Adotou-se, então, a amostragem intencional definida pela saturação teórica, a qual, ao estabelecer o tamanho final da amostra em estudo, interrompeu a captação de novos participantes fundamentada na redundância e convergência de sentido e significado obtido durante a coleta e análise dos dados⁽¹⁰⁾.

Conforme definido, as entrevistas e as observações foram orientadas por roteiros preestabelecidos sobre os seguintes pontos: 1) as práticas dos trabalhadores de saúde; 2) a interface saúde mental na atenção básica; 3) formação acadêmica e profissional em saúde mental. O questionário foi utilizado para traçar o perfil sociodemográfico desses trabalhadores.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade Estadual do Ceará (Parecer nº 07533901-3/2008) e respeitou os preceitos éticos⁽¹¹⁾ da pesquisa com seres humanos. Para participar da pesquisa, cada sujeito foi esclarecido sobre os objetivos do estudo e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o melhor entendimento do objeto de estudo, a análise do material empírico baseou-se na hermenêutica crítica, na qual o fundamento de análise é a práxis social na perspectiva crítico-analítica, sendo seguidos os seguintes passos operacionais: ordenação; classificação e, por fim, a análise final dos dados⁽⁹⁾.

Os resultados se conformam na configuração analítica do objeto de estudo, dispostos em discursos e observações, constituindo o entendimento temático da categoria: O cuidado em Saúde Mental e a sua interlocução com a Atenção Básica: avanços e desafios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde, constatou-se a participação no estudo de nove indivíduos do sexo feminino e três do sexo masculino, sendo oito destes com idade entre 25 a 35 anos e três com idade entre 35 a 45 anos. Quanto ao estado civil, a maior parte dos profissionais é casada, ou seja, oito dos entrevistados. Todos os sujeitos entrevistados são procedentes da capital do Estado.

Quanto ao nível de escolaridade, três possuem nível médio completo; nove são graduados e possuem pós-graduação, sendo seis possuindo Especialização, duas Mestrado e uma Doutorado.

Evidenciou-se que seis dos profissionais possuem como tempo de formação o período que varia entre 5 a 10 anos e seis são formados há mais de 10 anos, dos quais quatro estão de 1 a 4 anos atuando na ESF, seis de 5 a 10 anos e dois por mais de 10 anos.

Com relação à capacitação para atuar na ESF, dos doze entrevistados, todos eles responderam que são capacitados para atuar nesta área. Em contrapartida, quando questionados quanto à capacitação em saúde mental, dez deles responderam não possuir nenhuma formação na área.

O cuidado em saúde mental e a sua interlocução com a atenção básica: avanços e desafios.

Estudos apontam que a atenção básica é capaz de resolver 80% das demandas em saúde, desde que sejam reconduzidas as relações de trabalho, por meio da construção de novas práticas; reordenamento do modelo de atenção e incorporação de dispositivos como o acolhimento no fazer cotidiano da rede de serviços de saúde^(12,13). Dessa forma, cuidados em saúde mental como a escuta, o relacionamento terapêutico, as atividades grupais e outros são ações resolutivas de saúde e devem ser realizadas pelos profissionais da ESF.

Contudo, essas práticas não foram referidas pela maioria dos sujeitos da pesquisa, mas apresentam como ação principal no lidar com problemas de saúde mental o encaminhamento ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), conforme observado nos seguintes discursos:

Que eu saiba não temos ações para os doentes mentais, se necessário encaminhamos ao CAPS (T2).

A opção que temos aqui na atenção básica é o encaminhamento para o CAPS (T5).

O encaminhamento é a prática mais utilizada por mim (T8).

A organização CAPS é um equipamento público do SUS, que busca atender e assistir pessoas acometidas por psicoses e neuroses graves, ou ainda dependentes de álcool e de outras drogas, e a qualidade na prestação dos seus serviços supõe a evolução do paciente na direção da promoção da sua saúde e da sua cidadania, supondo resolutividade nas suas ações, que se entende como eficiência e mais eficácia nas intervenções⁽¹⁴⁾. Além disso, os CAPS são considerados dispositivos articuladores da rede de atenção em saúde mental, na medida em que são centros inseridos na comunidade, onde uma equipe multiprofissional, presta o cuidado aos doentes mentais e marcam um progresso indiscutível da política do SUS.

Porém, apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, na qual estão incluídos a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros⁽¹⁵⁾.

Com isso, o novo paradigma de saúde mental exige a formação de redes de apoio social para acolher a pessoa em sofrimento psíquico, ajudá-la a expressar sua subjetividade e educá-la para o exercício da cidadania. Isto requer um investimento nos aspectos sádios dos doentes visando a sua reinserção na sociedade e proporcionando-lhes a dignidade e o respeito que lhes foram negados⁽¹⁶⁾.

Ao considerar o encaminhamento ao CAPS como uma estratégia de cuidado ou uma ação de saúde realizada isoladamente a esta parcela da população, desconsidera-se a responsabilidade e a resolutividade da ESF em resolver os problemas de saúde da população. Contudo, sabe-se que nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes⁽¹⁷⁾. Além disso, nota-se a necessidade do profissional da atenção básica de conhecer as corretas funções e as responsabilidades do CAPS para que os encaminhamentos realizados aconteçam de forma responsável e não apenas automática como foi retratado adiante:

Aqui na unidade não temos ações para usuários com transtornos mentais, acho que o CAPS é que faz este tipo de atendimento (T2).

Acho que o CAPS é que atende este tipo de coisa, não tenho certeza (T1).

Corroborando este pensamento, um estudo realizado com coordenadores de três UBS de quatro distritos do município de Campinas constatou que houve uma falta de clareza sobre as reais funções dos CAPS, havendo um desconhecimento dos critérios de encaminhamento, da saúde mental da Unidade e das repercussões de sua interrelação com outros serviços. Alguns coordenadores não conseguiram responder certas questões ou responderam de forma equivocada, afirmando desconhecer a realidade dos CAPS⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, o cuidado em saúde mental é transversal à vida e a sua realização pode e deve ser efetivada em qualquer ponto da rede assistencial de saúde. Todavia, essa relação de aproximação e de escuta não deve ser interpretada pela maioria dos trabalhadores de saúde como atividades de saúde mental.

Notam-se no cotidiano dos serviços ações de saúde mental que muitas vezes não são observadas por alguns trabalhadores de saúde como tais: a criação de vínculos entre os trabalhadores/usuários/familiares, a escuta e o relacionamento terapêuticos, atividades laborais e grupais, a construção de um projeto terapêutico compartilhado e outras (observação).

Apesar dessa complexidade que é a atenção em saúde mental, notaram-se no decorrer do estudo, ações realizadas por alguns profissionais que retratam o cuidado em saúde mental aos usuários do serviço, como se observa a seguir:

Nós aqui temos um grupo de gestantes, de pessoas fumantes e outro que chamamos de vida saudável em que retratamos coisas cotidianas dos usuários como suas dificuldades e suas alegrias (T12).

Eu gosto muito de conversar com as minhas pacientes e nós falamos, às vezes, coisas que não têm nada a ver com doença e consultório, falamos do nosso dia-a-dia (T10).

Realizo relacionamento terapêutico, terapia comunitária, grupos terapêuticos, visitas domiciliares e matriciamento (T3).

Matriciamento em ações de saúde mental (T9).

Dentre as ações e estratégias inovadoras de cuidado apontadas, destacam-se o Relacionamento Terapêutico, a Terapia Comunitária e o Apoio Matricial.

O **Relacionamento Terapêutico** é uma técnica desenvolvida entre profissional e paciente, a qual simboliza uma experiência de aprendizado mútuo e uma relação emocional corretiva para o paciente. Nessa terapêutica, o profissional utiliza a si próprio e as técnicas clínicas especificadas no trabalho com o paciente para gerar introversão e alteração comportamental do paciente⁽¹⁹⁾.

A **Terapia Comunitária** é entendida como forma de atuação no espaço público, um lugar onde as relações entre as pessoas acontecem de maneira diversa do que acontece normalmente nas instituições. Elas ocorrem de maneira não hierárquica. Todos têm vez e voz, expõem-se como pessoas e reafirmam suas identidades e, pelo reforço de suas autoestimas, dão passos efetivos para o exercício de sua cidadania. Tem como significância a construção e o fortalecimento de laços afetivos. Reconhece-se a legitimidade da visão e dos valores do outro, diferente da nossa, sem necessidade de submeter-se a ela ou impor a nossa visão de mundo⁽²⁰⁾.

Neste mesmo contexto, há ainda os grupos terapêuticos que utilizam como instrumento de terapia a relação com o

coletivo, ou seja, ocorre o compartilhamento de ideias e sentimentos, fazendo emergir um tratamento individual de cada membro na presença dos demais.

Também se destaca a realização de uma abordagem aos usuários em diferentes situações de saúde na atenção básica que é a visita domiciliária, seja para atuar com objetivos específicos para o usuário já diagnosticado ou para a realização de busca ativa de casos, promoção e prevenção da saúde.

E, por fim, ressalta-se o **Apoio Matricial**, que é um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde mental, como, por exemplo, os CAPS e as UBS, numa tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde⁽¹⁸⁾. Trata-se, portanto, da construção de momentos relacionais em que se estabelece troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários e tem por objetivo garantir que as equipes das UBS vinculem-se aos pacientes e responsabilizem-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

No entanto, com já foi observado, as ações descritas não são percebidas como práticas em saúde mental. Isso se dá, principalmente, pelo fato da perda do modelo positivista e biomédico que se encontram na formação acadêmica desses profissionais, como se relata adiante:

Busca ativa dos casos. Mas confesso que senti medo de atuar por não conhecer muito sobre o problema. Encaminhei para o CAPS. Todos aqui da unidade fazem isto (T3).

Não desenvolvemos nenhuma atividade em saúde mental, digo apenas a consulta médica quando o paciente está sem medicamentos (T5).

O despreparo acadêmico em saber o que é saúde mental e a formação estritamente ligada aos aspectos biológicos são os impasses que mais dificultam a concretude do cuidado em saúde mental na atenção básica (observação).

Os discursos ratificam a falta de formação e capacitação dos trabalhadores de saúde sobre a temática Saúde Mental, ressaltando a falta de envolvimento da equipe em buscar subsídios para incluir esses sujeitos portadores de alguma patologia psíquica de forma integral no processo de trabalho da unidade, bem como a medicalização e a biologização do ser, o Homem perde seus aspectos social/espiritual/cultural em ressalva à característica patológica/curativa.

Essa valorização do saber biomédico dá-se devido às recentes transformações da Medicina contemporânea no

rumo da progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica, a qual vem apresentando efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identificam-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Em contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites⁽²¹⁾.

Assim, a ESF, além da insipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e a idiosincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais⁽²²⁾.

Na ausência dessa sensibilização, torna-se muito difícil a iniciativa dos profissionais em incluir os portadores de transtornos mentais nas atividades realizadas na UBS ou em grupos destinados a esta parcela populacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde mental ainda acontece de forma esporádica por parte de alguns trabalhadores de saúde na atenção básica, devido à manutenção e à continuação do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos psicossociais. Porém, para que o cuidado aconteça de maneira integral e holística, deve existir uma interlocução entre esses aspectos, de forma que todos sejam valorizados, na tentativa de atender as necessidades de saúde de cada usuário do SUS.

Todavia, já se apresentam alguns avanços na constituição de novos saberes e novas práticas em saúde mental na ESF, como: o apoio matricial, as tecnologias relacionais em saúde (acolhimento, vínculo, escuta, relacionamento terapêutico), a visita domiciliária, a terapia comunitária, as quais possibilitam a ratificação dos princípios e diretrizes da Constituição brasileira. E desafios ainda são encontrados no cotidiano assistencial como a falta de formação, capacitação e sensibilização dos profissionais das UBS em relação a uma temática transversal na vida que é a Saúde Mental.

Com isso, medidas devem ser tomadas tendo em vista a integralidade do cuidado em saúde, em contrapartida ao cuidado fragmentado que só compromete negativamente

a situação vivenciada pelos usuários, que, na maioria das vezes, é baseada no sofrimento/preconceito/descaso.

Enfatiza-se a existência dos limites inerentes ao estudo, e que novas pesquisas nesta temática devem ser encorajadas e realizadas com a finalidade de delinear a situação de saúde em que estamos inseridos, bem como traçar estratégias que possam ampliar as ações em Saúde Mental na Atenção Básica.

Fonte financiadora:

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP.

REFERÊNCIAS

- Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R; Mattos RA, organizador. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 91-102.
- Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimaraes POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(Supl.1):1483-92.
- Ministério da Saúde (BR). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005.
- Botazzo C. Unidade Básica de Saúde: a porta de entrada do sistema revisitada. Bauru: Educ; 1999.
- Onoko-Campos R, Gama C. Saúde Mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 132-6.
- Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 21-36.
- Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Fontanella BJB, Turato RJ. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
- Campos GWS. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 68.
- Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoínhas, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública, 2007 jan;23(1):75-85.
- Sanduvette V. Sobre como e por que construir, (re) construir e avaliar projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Psicologia USP. 2007;18(1):83-100.
- Ministério da Saúde (BR). Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e ordenação de Gestão da Atenção Básica; 2003.
- Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. Rev Bras Enferm. 2006; 59(6):734-9.
- Vaz AC. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sob a óptica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) [acesso em 2008 Abr 17]. Disponível em: www.br.geocities.com/xvi.comau/anais/trabalhos/vaz.pdf.

18. Furtado J, Campos O, Gomes V. Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP [acesso em 2008 Jun 10]. Campinas; 2006. Disponível em: www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/tcc/apoio.pdf.
19. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
20. Fukui L, Marchetti L. Terapia Comunitária: uma forma de atuação no espaço público. Brasília; 2004.
21. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface Comunic Saúde Educ. 2004;8(14):73-92.
22. Valentin CPB, Jucá VJ, Nunes M. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das praticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2375-84.

Endereço do primeiro autor:

Cinthia Mendonça Cavalcante
Rua Silva Paulet, 1083/902
Bairro: Meireles
CEP: 60.120-020 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: fcinthia@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Maria Salete Bessa Jorge
Rua Dr. José Lourenço, 2835/301
Bairro: Dionísio Torres
CEP: 60115-282 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: masabejo@uece.br