



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

NATHÁLIA GREGÓRIO DA COSTA

**APOIO MATRICIAL NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O PAPEL DO
FONOAUDIÓLOGO NA EQUIPE**

**CAMPINA GRANDE
2020**

NATHÁLIA GREGÓRIO DA COSTA

APOIO MATRICIAL NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O PAPEL DO
FONOAUDIÓLOGO NA EQUIPE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de Especialista em Saúde Mental.

Área de concentração: Saúde Mental e
Atenção Psicossocial.

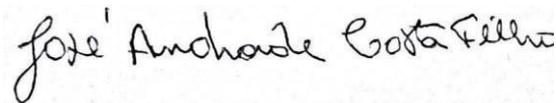
Aprovada em: 26/11/2020

BANCA EXAMINADORA

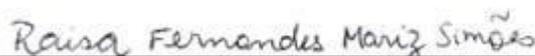


Prof. Ms. Regina Céli Sales Nóbrega de
Santana
Orientador(a)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. José Andrade Costa Filho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(Membro interno)



Me. Raisal Fernandes Mariz Simões
(Membro externo)

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C836a Costa, Nathália Gregório da.

Apoio matricial no cuidado em saúde mental [manuscrito]: o papel do fonoaudiólogo na equipe / Nathalia Gregorio da Costa. - 2020.

21 p.

Digitado.

Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.

"Orientação: Profa. Ma. Regina Celi Sales Nóbrega de Santana, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Saúde mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Fonoaudiologia. I. Título

21. ed. CDD 362.2

À minha família que me mostrou nos momentos
mais difíceis a força que nós temos juntos,
DEDICO.

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda.”

Nise da Silveira

LISTA DE ABREVIATURAS

- AB** – Atenção Básica
- Abrasco** - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva.
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- Cebes** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde
- ESF** – Equipe de Saúde da Família
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPCA** - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde
- PEC** – Proposta de Emenda Constitucional
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- PNS** – Pesquisa Nacional em Saúde
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- PTS** – Projeto Terapêutico Singular
- RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 07 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA..... | 09 |
| 2.1 HISTÓRICO DO SUS | 09 |
| 2.2 CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA | 11 |
| 2.3 O FONOAUDIÓLOGO NO SUS..... | 13 |
| 2.3 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL | 15 |
| CONCLUSÃO | 17 |
| REFERÊNCIAS | 18 |

APOIO MATRICIAL NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO NA EQUIPE

Nathália Gregório da Costa*

RESUMO

O cuidado em saúde mental nos últimos anos tem se tornado ponto primordial na prática dos serviços públicos de saúde, já que os transtornos psíquicos atingem um número cada vez maior de pessoas. No âmbito da atenção básica, uma estratégia para se trabalhar essa temática é desenvolvendo apoio matricial, permitindo a articulação de toda a rede de serviços e aproximando o usuário das equipes. Um dos profissionais que pode contribuir neste processo é o fonoaudiólogo, realizando apoio no desenvolvimento de ações e atendimento individual ou em grupos com os indivíduos que apresentem algum transtorno de natureza psíquica. Sendo assim, foi realizada uma revisão da literatura com objetivo de identificar se as equipes de atenção básica realizam o cuidado em saúde mental e qual o papel do fonoaudiólogo dentro dessa temática. Após analisados os artigos disponíveis na biblioteca virtual em saúde, concluiu-se que muitas vezes as equipes de atenção básica se sentem despreparadas para atender os usuários de saúde mental, porém, quando existe esse cuidado e quando ele é pautado na lógica do apoio matricial, observa-se a geração do vínculo com entre profissional e sujeito, maior adesão ao processo terapêutico e cuidado integral e longitudinal passando por vários dispositivos da rede de saúde. Quanto ao fonoaudiólogo, o quantitativo de profissionais atuantes serviço público é insuficiente para realizar as ações de matriciamento. Geralmente o serviço fica limitado a atendimentos ambulatoriais, em decorrência da visão dos gestores, que muitas vezes não percebem a potencialidade do trabalho em equipe interdisciplinar.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Mental health care in recent years has become a key point in the practice of public health services, since psychological disorders affect an increasing number of people. In the scope of primary care, a strategy to work on this theme is to develop matrix support, allowing the articulation of the entire service network and bringing the user closer to the teams. One of the professionals who can contribute to this process is the speech therapist, providing support in the development of actions and individual or group care with individuals who have a mental disorder. Therefore, a literature review was carried out in order to identify whether primary care teams perform

*Fonoaudióloga, aluna do curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.

mental health care and what the role of the speech therapist within this theme. After analyzing the articles available in the virtual health library, it was concluded that primary care teams often feel unprepared to serve mental health users, however, when this care exists and when it is guided by the matrix support logic, there is the generation of a bond with the professional and the subject, greater adherence to the therapeutic process and comprehensive and longitudinal care through various devices in the health network. As for the speech therapist, the number of professionals working in the public service is insufficient to carry out the matrix support actions. Generally, the service is limited to outpatient care, due to the view of managers, who often do not realize the potential of interdisciplinary teamwork.

Key Words: Mental health. Primary Health Care. Public health. Speech therapy.

1 INTRODUÇÃO

A história do SUS tem início em decorrência dos diversos grupos da sociedade civil que se organizaram e impulsionaram a Reforma Sanitária Brasileira, com o propósito de trazer os serviços de saúde de forma igualitária a todos. E a luta por esses objetivos começa muitos anos antes da formulação das leis que o regulamentam na Constituição Federal Brasileira.

Paim, 2008 lembra que o SUS que nós temos hoje é fruto não do esforço do Estado ou de governos, mas sim da luta incansável de uma sociedade que já vinha combatendo a ditadura desde os anos 1970 e defendendo que saúde para todos é sinônimo de democracia. Não há um sem o outro.

Após um longo caminho percorrido pelo movimento da reforma sanitária, desde a instituição da Constituição Brasileira, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do estado, legitimando, através das políticas públicas, que todo e qualquer cidadão, independente de contribuição sindical e/ou previdenciária, deve dispor de acesso a ações que contemplem sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Contudo, Lucchese (2004) questiona se de fato as ações e serviços em saúde são planejados de acordo com as reais demandas da população, se os recursos são alocados de forma adequada e mais ainda, se as ações realizadas produzem impacto na melhoria das condições de saúde e do ambiente em que o usuário está inserido.

Todas essas questões devem nortear a tomada de decisões entre os gestores do SUS, sistema que no decorrer de 30 anos tem alcançado progressos significativos, porém ainda apresenta déficits de planejamento, financiamento e alcance dos serviços.

Inicialmente, a saúde era vista simplesmente como a ausência de doenças, porém, ao longo do tempo, tal conceito foi se modificando, sendo tratado sob uma ótica mais ampliada, passando a serem levados em consideração também aspectos emocionais, sociais e ambientais nos quais o usuário está inserido.

Nesse sentido, o modelo biomédico centrado na doença era insuficiente para dar conta das demandas de prevenção e promoção em saúde, e assim como o conceito de saúde foi expandido, as práticas também foram; medidas preventivas passaram também a ser priorizadas com objetivo de promover cuidado mais efetivo,

acessível, humanizado e resolutivo, centrado não só no indivíduo, mas na família e no contexto social.

Contudo, para que um serviço seja eficaz, é preciso que as ações sejam planejadas de acordo com as necessidades de cada território, caso contrário, as estratégias executadas não terão o alcance desejado.

Como forma de facilitar o acesso da população e aproximá-la dos serviços de saúde, foram criados, em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF) que mais tarde se tornou Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominado de Equipe Multiprofissional.

As equipes multiprofissionais devem atuar com as ESF de forma articulada, pautadas na lógica do apoio matricial, se materializando através de discussões de casos complexos, elaboração de projeto terapêutico singular (PTS), atendimentos individualizados e em grupos e ações de educação popular em saúde com temáticas diversas.

Um dos pontos imprescindíveis de serem abordados na atenção primária é o cuidado em saúde mental, uma vez que o índice de adoecimento na população tem crescido significativamente a cada ano.

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde, vários fatores influenciam para que doenças crônicas não transmissíveis como a depressão se tornem cada vez mais frequentes: a urbanização, o envelhecimento e o estilo de vida globalizado são alguns exemplos, afetando todas as faixas etárias e classes sociais. (OMS, 2008)

Entretanto, muitas vezes os profissionais da atenção primária se sentem despreparados para realizar atendimentos e ações voltados à saúde mental e acabam direcionando os usuários para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como única via de cuidado, deixando de lado as práticas de prevenção ao adoecimento psíquico.

Portanto, a temática da saúde mental pode e deve ser abordada de diversas formas na assistência em saúde, especialmente na atenção primária com o objetivo de prevenir agravos, orientar os usuários a cuidar de si e do outro e identificar precocemente o adoecimento psíquico.

Importante lembrar também que o usuário da atenção básica se torna multiplicador das informações recebidas pelos profissionais de saúde, atingindo dessa forma, uma ampla gama de pessoas que por motivos diversos não frequentam as unidades de saúde e não participam das ações por ela promovidas.

A disseminação através das publicações científicas das ações realizadas no SUS é de extrema importância para que os profissionais se apoiem naquelas estratégias que se mostram mais efetivas e, dentro de suas realidades, apliquem em seus territórios, proporcionando aos usuários uma assistência qualificada e eficaz, causando impacto positivo na qualidade de vida da comunidade.

Sendo assim, realizou-se uma revisão da literatura com o objetivo de identificar se as equipes de atenção básica realizam o cuidado em saúde mental e qual o papel do fonoaudiólogo dentro dessa temática. Para isso, foi realizada uma busca na biblioteca virtual em saúde por artigos disponíveis com texto completo utilizando as seguintes palavras-chave: saúde mental, atenção primária à saúde, fonoaudiologia, saúde pública e SUS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 BREVE HISTÓRICO DO SUS

Antes de qualquer discussão mais aprofundada, é importante descrever, ainda que brevemente, acerca do funcionamento do SUS e dos programas e políticas públicas existentes, desde sua implantação até o momento atual:

Como já foi dito anteriormente, a criação do SUS só foi possível graças às lutas dos movimentos sociais desde 1970 que se organizaram e impulsionaram a Reforma Sanitária, porém, até sua efetiva criação, houve um processo longo de lutas reivindicatórias.

Alguns dos grupos que fizeram parte do movimento da reforma foram as universidades, o movimento estudantil, movimento médico, as escolas de saúde pública e profissionais de saúde. (ESCOREL, 1998 *in* PAIM, 2008)

Durante esse período, a sociedade passava por transformações intensas, sob o regime militar, aliados a péssimas condições de saúde disponíveis apenas para uma pequena parcela da população.

Não existia acesso universal e equânime aos serviços de saúde que dispunham de poucos recursos materiais e uma visão puramente curativa. Além disso, o modelo médico-hospitalar demandava um alto aporte financeiro, e não atendia às necessidades do povo.

Com a população cada vez mais insatisfeita e inspirados pelo movimento reformista na Itália, os grupos foram se organizando tomando espaços e proporções significativas. Surgia, dessa forma, um espaço de luta para os progressistas. (PAIM, 2008)

Os sanitaristas defendiam que todos os brasileiros deveriam ter acessos aos serviços de saúde, independente de contribuição sindical e/ou previdenciária, lutavam também por melhorias na qualidade dos serviços prestados, e defendiam a bandeira de que para haver melhores condições de saúde, o povo precisava viver em uma sociedade democrática, com direitos de opinião, expressão e liberdade de ir e vir.

Com o avanço do movimento sanitário, em julho de 1976 foi instituído em São Paulo o Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que tinha como objetivo a criação de um periódico especializado: o Saúde em Debate, que acabou se tornando o veículo de divulgação mais importante do movimento. Três anos depois surge a Abrasco - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. (Paiva e Teixeira, 2014)

A Abrasco tinha como objetivo organizar os programas de pós-graduação em saúde pública, medicina social e saúde coletiva. Após a sua criação, foi realizado o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, evento que reuniu as principais proposições do movimento da reforma em um texto produzido pelo Cebes e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (Paiva e Teixeira, 2014)

Todas as reivindicações do movimento da Reforma iam ao encontro das orientações da OMS e da Opa, que, em 1978 através da Conferência de Alma-Ata já discutia a ampliação da atenção à saúde para atingir a meta de saúde para todos até o ano 2000 (Giovanella, Mendonça, 2012).

Após o período da ditadura militar e em decorrência dos movimentos da reforma sanitária, ocorreu, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS),

que contou pela primeira vez com a participação da sociedade civil e consagrou o conceito de saúde de maneira mais ampliada, sendo vista como: “Direito universal e dever do estado”, princípio incorporado posteriormente na Constituição de 1988. (Reis, *et al.*, 2010)

Na VIII CNS várias reivindicações do movimento sanitário foram acatadas, dentre elas: o fortalecimento do setor público de saúde, incorporação de práticas em saúde preventivas, expansão para todos os cidadãos o acesso aos serviços, constituindo um sistema unificado, que não depende de contribuição por parte do usuário. (Paiva e Teixeira, 2014)

A VIII CNS é considerada um marco por ter sido a primeira em que contou com a participação da sociedade civil com voz ativa nas deliberações, dando grande um passo rumo à democratização que já vinha sendo discutida pelo movimento da reforma sanitária. (Brasil, 2006)

Dois anos após a realização da conferência se dá a criação do SUS, através da lei 8.080/90 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. (BRASIL, 1990)

A primeira Lei Orgânica do SUS trata sobre os objetivos e atribuições do sistema, que deve funcionar de acordo com princípios e diretrizes estabelecidas, comuns a todas as esferas de governo e estabelece normas quanto à participação da iniciativa privada, recursos humanos, financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. (BRASIL, 1990)

A segunda Lei Orgânica é a 8.142/90, que trata da participação da sociedade civil na gestão do SUS, instituindo os Conselhos de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. (BRASIL, 1990)

A VIII CNS se configurou como um marco para uma nova prática no cuidado em saúde, incorporando uma nova filosofia nas políticas públicas, desencadeando, como menciona Paim, 2013, uma dualidade entre o modelo biomédico e métodos alternativos de cuidado.

A discussão sobre um modelo de atenção com olhar mais ampliado, voltado não somente ao processo saúde x adoecimento físico, mas levando em consideração aspectos voltados para a qualidade, efetividade e equidade do cuidado se tornou ponto de debate nas demais Conferências Nacionais de Saúde. (Paim, 2013)

A X CNS, ocorrida em 1996, levantou a questão da urgência da construção de um modelo de saúde voltado para a qualidade de vida, ponto também debatido na Conferência seguinte, em 2000, dentro do subtema: modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. (Brasil, 2008)

É inegável que desde sua criação, o SUS alcançou proporções outrora inimagináveis, presente hoje em todo o território nacional, e mesmo com suas falhas e obstáculos é o único meio de acesso à saúde para 71,5% dos brasileiros, de acordo com a Pesquisa Nacional em Saúde - PNS realizada pelo IBGE em 2019. (IBGE, 2020)

São mais de 150 milhões de pessoas que não têm acesso a planos de saúde e dependem exclusivamente do SUS. Na região Nordeste, apenas 16.6% da população conta com suporte de saúde suplementar. (IBGE, 2020)

Ainda de acordo com o IBGE, 2020, com relação a internações, cerca de 8,9 milhões de pessoas passaram 24 horas ou mais nos hospitais públicos, representando 64,9% de todas as internações no país.

A PNS foi realizada em 2019 e não representa os dados do ano de 2020, quando a pandemia se instalou no país e esses números cresceram consideravelmente.

Ao longo de 30 anos de história, o SUS atravessa hoje diversos problemas de financiamento, tentativas de privatização e sucateamento do sistema como uma tentativa do governo federal de invalidar as conquistas até aqui alcançadas.

Com a aprovação da PEC55, os gastos públicos ficam limitados a um teto que é definido pelo montante gasto do ano anterior reajustados pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). (ROSSI E DWECK, 2016)

Isso implica que há um congelamento das despesas e inevitáveis reduções dos gastos públicos com saúde, que obviamente não são suficientes para as demandas existentes.

Rossi e Dweck, 2016, reforçam a ideia de sucateamento do SUS ao se congelar os gastos, impedindo o crescimento e melhoras tanto na saúde quanto na educação do país.

Porém, como foi no início de sua construção deverá ser agora, com muita luta, organização e resistência, o SUS sobreviverá e resistirá a todos os obstáculos impostos por aqueles que deveriam colaborar para sua melhoria.

2.2. CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Após a consolidação do SUS, a população passou a ter acesso universal ao sistema de saúde, independente de contribuição financeira. A saúde passou a ser direito de todos e dever do estado, e desde então, novas demandas surgiram de acordo com as movimentações da sociedade.

Surge a partir disso, a necessidade de atuar de maneira mais próxima dos usuários, com o objetivo de prevenir as doenças, levar conhecimento e fazer com que o usuário se sinta corresponsável por sua saúde.

A atenção básica (AB), também denominada Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolve dentro do SUS um papel primordial, sendo vista com a base de todo o sistema, devendo ser capaz de resolver a grande maioria das demandas em saúde do país.

Esse nível de atenção se caracteriza como um conjunto de ações que visam a promoção, proteção em saúde, bem como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção em saúde por meio de atividades coletivas, em equipe, dentro do território e com a participação direta dos usuários. (BRASIL, 2012).

Buscando atingir esses objetivos, em 1993 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da portaria nº 692. O PSF, atualmente definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surge com a proposta de reorganizar a assistência à saúde a partir da atenção básica, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. (Rosa e Labate, 2005)

A ESF traz uma nova concepção no modo de atuar na saúde, de forma inovadora, partindo da visão curativa e priorizando a integralidade do cuidado,

levando em consideração as questões socioeconômicas de cada território. (Rosa e Labate, 2005)

Ensslin, 2020 reforça que a ESF tem sido uma ferramenta poderosa para a melhoria das ações em saúde, pois com o vínculo criado com a comunidade e o usuário, a equipe consegue identificar os pontos fortes e fracos de cada localidade, e assim, traçar estratégias específicas que gerarão maior impacto na vida das pessoas e da APS.

Em 2018 estavam instaladas no país 43 mil equipes de saúde da família, cobrindo cerca de 62,5% da população, representando 130 milhões de pessoas distribuídas em todo o território nacional. (OPAS, 2020)

Atualmente a atenção primária no Brasil é tido como modelo a nível mundial, devido às proporções que se conseguiu alcançar, se instalando em locais de difícil acesso, com qualidade precária de condições de sobrevivência e em muitos casos, dispondo de pouquíssimos recursos materiais.

Ainda com todos esses entraves, reconhece-se o papel que a ESF tem na saúde da população, evitando internações, mortes prematuras, complicações em decorrência de doenças crônicas, preocupação com a situação vacinal, além das ações em educação em saúde, que empoderam os sujeitos e permitem que eles sejam também responsáveis pelo cuidado em saúde de seu território.

Tal alcance de resolutividade só é possível em decorrência das diversas atribuições que a APS recebe, pois sendo ela a porta de entrada principal dos usuários aos demais serviços de saúde, é também onde são identificadas as prioridades para encaminhamentos a especialidades e demais serviços da rede, além de garantir o cuidado continuado com acompanhamento dos resultados, evolução clínica e outros desdobramentos em cada caso em todos os níveis de atenção. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

De acordo com Startfield, 2004, existem quatro atributos essenciais da APS: o primeiro atributo é o acesso de primeiro contato, que diz respeito à capacidade do sujeito acessar o serviço de saúde, e o quanto este está acessível em horários e local adequados ao usuário, viabilizando a marcação de consultas e próximos atendimentos, quando necessários.

O segundo atributo é a longitudinalidade, onde o usuário deve encontrar continuidade do cuidado, com relação de longa duração entre a equipe de saúde e o usuário.

A integralidade é o terceiro atributo que trata da gama de serviços que a APS dispõe, uma vez que todo usuário deve receber cuidado integral, com ações de prevenção, promoção e recuperação, dentro de todos os níveis de atenção, com a realização de encaminhamentos para os demais níveis, quando necessário.

Por fim, a coordenação da atenção, que pode ser definida como a articulação entre os níveis e os diversos serviços de saúde que convergem para o mesmo objetivo: ofertar ao usuário as ferramentas para suprir suas necessidades em saúde. (STARTFIELD, 2004)

Para que seja possível o desenvolvimento de tais ações, a ESF deve realizar o trabalho sempre centrado na família, gerar vínculo com o usuário, conhecer bem o território onde está inserida, executar as ações sempre com base na integralidade do cuidado, acionando todos os dispositivos da rede assistencial, contando sempre com a participação social. (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Dessa forma, Ensslin, 2020, lembra a importância do trabalhador de saúde e de seu comprometimento na APS para que o SUS funcione efetivamente, sendo este o elo entre o usuário e todo o restante do sistema, em especial o agente

comunitário de saúde, ACS, que em muitos casos é a pessoa que cria maior vínculo com os sujeitos, por meio do acesso constante em suas residências.

Ainda dentro dessa perspectiva integral e preventiva, em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs (atualmente denominadas Equipes Multiprofissionais) que têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. (Brasil, 2019)

As equipes multiprofissionais são compostas por profissionais de diversas especialidades com o objetivo de ampliar o escopo de ações ofertadas na atenção básica.

As especialidades devem ser escolhidas de acordo com as necessidades de cada território, podendo ser: nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e também o fonoaudiólogo, podendo contribuir tanto no atendimento direto ao usuário como no apoio às equipes no desenvolvimento de ações e estratégias em casos complexos.

As equipes multiprofissionais atuam em conjunto com a ESF, fazendo parte da atenção básica não como porta de entrada, mas partindo da lógica do apoio matricial, como suporte na execução de projetos terapêuticos singular, atendimento individualizado, elaboração de atividades em educação popular, atendimento compartilhado com a equipe de referência, entre outras atividades conforme as demandas específicas de cada localidade.

Nos últimos anos, a quantidade de equipes multiprofissionais cresceu consideravelmente pelo país, havendo em 2013, 2.767 equipes implantadas, passando para 4.406 em 2016, 4.886 em 2017 e a 5.221 em 2018; esse número se deve a uma maior pactuação em municípios de pequeno porte, que anteriormente não contavam com o apoio das equipes multiprofissionais. (MELO, et al., 2018)

Melo, et al., 2018, relatam que após a publicação da nova PNAB em 2017, o futuro dos NASFs passou a ser incerto, pois, uma vez que é retirada a nomenclatura de apoio, abre-se margem para diversos tipos de entendimento acerca do funcionamento dessas equipes.

Assim como se configura nos dias atuais, fica a cargo de cada gestor deliberar acerca de seu funcionamento e composição, o que tem levado à perda das ações de matriciamento e acompanhamento próximo dos usuários, transformando as equipes em ambulatórios especializados, afastando-se da lógica de promoção e prevenção e voltando-se cada vez mais à visão curativa apenas.

Eis que surge mais um desafio para os trabalhadores do SUS, que precisam cada vez mais fortalecer suas práticas e mostrar a importância do trabalho em conjunto para o bem estar e o melhor funcionamento do sistema.

2.3 O FONOAUDIÓLOGO NO SUS

A fonoaudiologia é a ciência que estuda a comunicação humana, desde seu desenvolvimento, aperfeiçoamento e distúrbios. O profissional atua nas áreas de promoção, prevenção, diagnóstico, orientação e tratamento da linguagem oral e escrita, alterações vocais e auditivas, deglutição e respiração em todas as faixas etárias.

Os primeiros registros oficiais da profissão são da década de 30, quando havia a preocupação com a correção de erros de linguagem apresentados pelos escolares

daquela época, embora muito antes, ainda no período imperial haja relatos de pessoas que tratavam de forma empírica distúrbios vocais como a gagueira.

Só partir da década de 60 é o ensino superior em Fonoaudiologia deu-se início no Brasil, com a criação dos cursos da Universidade de São Paulo (1961), vinculado à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1962), ligado ao Instituto de Psicologia. (CFFA, 2020)

Uma década depois, iniciaram os movimentos pelo reconhecimento dos cursos e da profissão, e em 1977 o primeiro curso de fonoaudiologia foi autorizado na Universidade de São Paulo, e em 09 de dezembro de 1981 foi sancionada a lei nº 6965, que regulamentou a profissão. (CFFA, 2020)

Chiodetto, 2018, relata que no final da década de 80 o fonoaudiólogo começou a se inserir no SUS, atuando, atualmente em todos os níveis de complexidade. Na atenção básica, geralmente os fonoaudiólogos se inserem nas equipes multiprofissionais para atuar na lógica do apoio matricial.

Almeida, 2016 *in* Chiodetto, 2018, comenta que o fonoaudiólogo também pode atuar no âmbito da saúde mental, junto com os CAPS, centros de convivência e outros dispositivos desenvolvendo trabalhos individuais ou em grupos de modo a promover comunicação oral e escrita, interação social, etc.

O fonoaudiólogo tem conseguido alcançar espaços cada vez maiores na saúde pública, e as demandas têm crescido consideravelmente, porém, quando se trata de municípios de pequeno porte, estes contam apenas com um profissional da área, que é designado a dar conta de todos os casos nas mais diversas complexidades sem os insumos necessários, o que acaba limitando o trabalho do profissional.

Além disso, justamente por conta da alta demanda, os gestores resumem o trabalho do fonoaudiólogo muitas vezes ao atendimento ambulatorial, engessando as ações que ele pode desenvolver ao estar de fato inserido na APS e atuando sob a lógica do matriciamento.

Em uma pesquisa realizada por Chiodetto, 2018, os fonoaudiólogos atuantes no interior de São Paulo relataram alguns pontos de dificuldades para realizar o trabalho de forma mais efetiva: processos de trabalho médico-centrados; demanda superior à oferta de serviços oferecidos; ausência de incentivo da prefeitura para realização de educação continuada e escassez de recursos na rede de saúde, não sendo possível a realização do matriciamento devido a alta demanda de atendimentos individuais.

No âmbito da saúde mental, a fonoaudiologia está presente nas instituições psiquiátricas desde 1992, através da Portaria 224/92 do Ministério da Saúde, que instituiu a equipe multiprofissional no cuidado aos doentes mentais. (Borges, 2008)

Assim como as políticas em saúde mental foram se atualizando, a fonoaudiologia acompanhou o processo e passou a ocupar também os dispositivos da RAPS, como os CAPS e os NASFs, atuando diretamente com os usuários no desenvolvimento da comunicação com o objetivo maior da não institucionalização dessas pessoas.

Para Almeida, 2013, o fonoaudiólogo tem habilitação e competências para auxiliar na construção, junto com a ESF, de estratégias que busquem a melhor comunicação, por meio da criação de vínculos, promoção do diálogo e trocas entre os sujeitos que promovem a interação social.

As possibilidades de atuação são diversas, porém, o número de fonoaudiólogos atuantes no serviço público é insuficiente para realizar as ações de matriciamento.

Esse problema se torna mais explícito em municípios de pequeno porte, quando geralmente só dispõem de um profissional em seu quadro de servidores, a exemplo das cidades no interior paraibano, onde nenhuma delas tem mais de um fonoaudiólogo atuando, e em muitas localidades não existe nenhum profissional da área.

2.4 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Dentre as possibilidades de atuação das equipes de atenção básica, o cuidado em saúde mental se faz necessário, além da demanda da sociedade atual, também devido ao que preconiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011 pela Portaria 3.088, que coloca a Atenção Básica como um dos componentes da Rede. (Brasil, 2011)

A RAPS surge com o objetivo de descentralizar o cuidado em Saúde Mental e o direciona para o território, orientando que os serviços em todos os níveis de complexidade acolham as demandas dos usuários em sofrimento psíquico. (TRAJANO *et al*, 2017)

Esta rede propõe um complexo de serviços que substituem os hospitais psiquiátricos, sendo composta pela ESF, equipes multiprofissionais, Consultório na rua, centro de vivência, CAPS, SAMU, UPA, unidades de acolhimento, comunidade terapêutica, leitos em hospitais gerais, serviço residencial terapêutico, programa de volta para casa, geração de trabalho e renda, e a partir da resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, inclui os hospitais psiquiátricos especializados, como um incentivo à volta das internações sem fins terapêuticos dos usuários. (BRASIL, 2011)

Amarante (1996) relata que a desinstitucionalização só se concretiza quando existem espaços de cuidado em saúde mental em todos os níveis da rede, incluindo a atenção básica.

Esse cuidado pode se dar em forma de atendimentos individualizado na própria unidade de saúde, execução de projetos de intervenção, discussão de casos e realização de oficinas terapêuticas.

As oficinas terapêuticas são altamente positivas por serem de baixo custo, uma vez que para produzi-las apenas tecnologias leves são necessárias, e além disso, têm um amplo alcance, pois permitem que vários usuários sejam contemplados em um mesmo momento, proporcionando ainda a troca de experiências entre os participantes.

Os encontros das oficinas podem ser realizados em espaço comum da comunidade ou na própria unidade de saúde, e abordar temáticas diversas que sejam de interesse dos participantes, desde atividades práticas de execução de materiais em artesanato e recicláveis, realização de exercícios físicos, momentos de relaxamento, entre tantas outras possibilidades.

Quando o usuário é trazido para o centro do cuidado, sendo convidado a decidir junto com a equipe quais as melhores abordagens para as práticas em saúde, ele se vê como corresponsável pelo seu bem estar e dessa forma, as chances de sucesso do processo.

Todos os profissionais que compõem a atenção primária à saúde, devem sempre buscar estratégias e recursos para incluir o usuário em sofrimento psíquico

dentro da rotina da unidade de saúde e da comunidade, trazendo também a família do sujeito, estreitando os laços e desmistificando os medos que ainda possam existir. (MUNARI et al., 2008)

O adoecimento em saúde mental é um mal que afeta todas as faixas etárias e classes sociais. Lopez et.al. (2011) realizaram um estudo com 1560 adultos jovens em um estado brasileiro, em sua maioria (66%) em vida laboral ativa, e encontraram um percentual de 12,6% com diagnóstico de depressão; dado relevante que deve ser objeto de estudo no campo da saúde pública e especialmente na atenção básica, como já mencionado anteriormente.

Ortega e Wenceslau (2015) reforçam esta ideia lembrando que geralmente a atenção primária se apresenta como o serviço mais aceito pela comunidade, uma vez que se faz presente na rotina de cuidados de muitos usuários e, quando existe o cuidado em saúde mental neste nível de atenção, os transtornos mentais são identificados de forma precoce e assim podem ser manejados de forma mais adequada.

Do mesmo modo, para Delfini e Reis, 2012, a atenção básica é um espaço que possibilita a construção de um novo olhar no cuidado em saúde mental, pois em decorrência do vínculo gerado e da proximidade com a comunidade, os profissionais conseguem ter uma visão mais ampla dos problemas em saúde mental existentes, conseguindo traçar estratégias com propriedade e efetividade para o enfrentamento de tais questões.

Mazzarino, 2020 realizou um projeto de intervenção onde os profissionais da atenção básica passaram a oferecer oficinas terapêuticas para os usuários em sofrimento psíquico, absorvendo parte da demanda do CAPS, além de propiciar maior integração dos profissionais, usuários e de toda a rede de saúde.

Ações nesse sentido, quando bem planejadas, executadas com a equipe de apoio e pautadas na lógica do matriciamento fazem com que os serviços passem a funcionar como uma rede, por onde o sujeito consegue circular sem que lhe sejam colocados rótulos e diagnósticos que o limitem dentro dos próprios serviços.

Além disso, o matriciamento proporciona a corresponsabilização entre os profissionais, onde um dispositivo, como o CAPS não é o único responsável pelo usuário, e sim todos os profissionais compartilhando as responsabilidades e multiplicando o cuidado.

Quando o usuário se percebe acolhido, ouvido, se sente verdadeiramente como sujeito de direitos, o processo terapêutico acontece de forma mais leve, participativa e as chances de sucesso e evolução são maiores. Para isso, todos os profissionais da rede, independente de seu núcleo de saber, devem estar aptos a receber e desenvolver ações que abranjam as pessoas em sofrimento psíquico.

Delfini et al., 2009, relata que a capacitação das equipes para trabalhar com saúde mental é um entrave que ainda existe, contudo, quando estas trabalham em conjunto com os CAPS e as equipes multiprofissionais com acolhimento adequado, escuta ativa e gerando vínculos com os usuários, os encaminhamentos para centros especializados diminuem e a resolutividade dos problemas aumenta.

O fonoaudiólogo inserido nas equipes multiprofissionais e/ou nos CAPS pode contribuir com este processo de acolhimento, matriciamento, além de realizar atendimento direto aos usuários, tanto individualmente quanto em grupos, especialmente às crianças que apresentem algum distúrbio na comunicação.

Ainda há poucos fonoaudiólogos inseridos nos CAPS, e quando estes estão presentes nas equipes multiprofissionais, se limitam a realizar atendimento ambulatorial por determinação das gestões, deixando de lado métodos preciosos

que a atenção primária dispõe, como o matriciamento, PTS, atividades educativas, entre outros já mencionados anteriormente neste estudo.

3 CONCLUSÃO

Após a revisão da literatura disposta na Biblioteca Virtual em Saúde, percebe-se que apesar de muitos avanços, ainda há alguns entraves no que diz respeito ao matriciamento sem saúde mental. A visão limitada dos gestores, que direcionam os profissionais que estão inseridos nas equipes multiprofissionais a executar atendimento ambulatorial exclusivo é um deles.

Além disso, o despreparo das equipes de atenção básica, a falta de oferta de qualificação e os recentes cortes de recursos financeiros para a saúde como um todo, marca um retrocesso nos avanços até aqui conquistados.

Fica claro que quando há uma equipe preparada, com profissionais integrados, que conhecem a rede e trabalham para que ela funcione, o cuidado se torna mais efetivo, o usuário se sente acolhido e tem mais probabilidade de aderir ao processo terapêutico, apresentando evoluções consideráveis.

Falar em saúde mental em muitos casos pode não significar a cura do transtorno, e muitas vezes isso é o menos importante. O que os profissionais devem ter em mente é em inserir o usuário na comunidade, sem que ele fique à margem, visto como uma pessoa incapaz de trabalhar, ter um relacionamento amoroso, e fazer qualquer outra coisa que ele deseje fazer, pois, somos todos, sujeitos com direitos de escolha.

É preciso que os gestores municipais reconheçam o papel do fonoaudiólogo nas equipes de atenção básica e abram espaços também como colaboradores do processo de qualificação da atenção e do cuidado integral em saúde mental, tendo em vista que este profissional pode atuar de diversas formas dentro da rede, e limitar o trabalho unicamente a atendimentos ambulatoriais com um único profissional para dar conta de toda a demanda do município, além de sobrecarregar o profissional, estará deixando de explorar ferramentas poderosas de cuidado, essenciais para o processo efetivo de inserção do usuário de saúde mental na sociedade.

Infelizmente, as equipes de apoio ainda são pequenas diante de uma demanda considerável, e com as últimas deliberações do governo federal com o corte de gastos em saúde e o descaso ao lidar com saúde mental, o prognóstico não é dos melhores, mas cabe aos trabalhadores do SUS, resistir e mostrar que fazem assistência que funciona sim, que podem fortalecer cada vez mais a rede de atenção, proporcionando cuidado integral, longitudinal e humanizado, assim como preconizam as diretrizes do sistema de saúde que é modelo a nível mundial.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p.783-836.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

ARANTES, José Luciano; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499- 1510, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.2, pp. 456-468

BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde**: Núcleo Ampliado de Saúde da Família. 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

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 Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Relatório Final da 13a Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento Brasília:** MS; 2008. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CFFA – **Conselho Federal de Fonoaudiologia**. História da Fonoaudiologia. Brasília. 2020. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/historia-da-fonoaudiologia>

CHIODETTO, Larissa Vieira; MALDONADE, Irani Rodrigues. Atuação do profissional e desafios da prática fonoaudiológica em rede de saúde pública municipal. **Distúrb.c comunicação**; 2018

DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1483-1492, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800021&lng=en&nrm=iso

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200014&lng=en&nrm=iso

ENSSLIN, Roseclea Cristina Cremonese. Coordenação do cuidado e ordenação das redes de atenção à saúde na visão dos trabalhadores da estratégia saúde da família de um município de pequeno porte do rio grande do sul. **Universidade Estadual do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2020

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional em Saúde 2019:** informações sobre domicílios, acesso e utilização de serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2020. 78p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. In: Giovanella, Ligia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes. p.493-546. 2012.

LEVCOVITZ E, GARRIDO NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, 1996. Janeiro - junho; 1: 3-8

LOPEZ, Mariane Ricardo Acosta et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.103-108, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082011000200007&lng=en&nrm=iso

LUCCHESI, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública** / Patrícia T. R. Lucchese, coord, Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MAZZARINO, Mariana. **Oficinas terapêuticas como uma tecnologia leve de cuidado em saúde mental na atenção básica**. Porto Alegre: Coleciona SUS, CONASS, SES-RS, 2020.

Melo, Eduardo Alves et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>

MUNARI, D. B. et al. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 784-795, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca. Lisboa: OMS; 2008. (**Relatório Mundial de Saúde 2008**). Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, pág. 625-644, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400003&lng=en&nrm=iso

PAIM JA. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. **Epidemiol e Saúde**. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2013. p. 567-586

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-36, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

REIS, D.O.; ARAÚJO, E.C.; CECÍLIO, L.C.O. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde**. São Paulo/SP – 2010. Disponível em: <http://www.mpdf.mp.br/saude/index.php/politicas-publicas/politicas-publicas-federal/176-politicas-publicas-de-saude-no-brasil-sus-e-pactos-pela-saude>

ROSA WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cafajeste. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=en&nrm=iso

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília, 2004. 726p

TRAJANO, M., BERNARDES, S., ZURBA, M. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. 2018. Disponível em: <http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5001/5202>

ORTEGA, Francisco; WENCESLAU, Leandro David. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.19, n.55, p.1121-1132, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401121&lng=en&nrm=iso