

Atenção Básica e Saúde Mental em Centro de Saúde-Escola da Cidade de São Paulo¹

Maria Luisa Sandoval Schmidt

Instituto de Psicologia - USP

Em 2007, apresentei comunicação sobre as relações entre saúde mental e atenção básica abordando dimensões teóricas e de interesse para a organização de serviços, bem como uma breve consideração das possibilidades e vicissitudes desta associação no âmbito da recente história das políticas públicas de saúde na cidade de São Paulo.

Ao finalizá-la, indiquei a pertinência de abordar a interface atenção básica e saúde mental pelo viés das concepções tematizadas em entrevistas com profissionais envolvidos em discussões e prestação de serviços compartilhadas, complementadas pela observação participante dessas práticas.

Nessa perspectiva, realizei trabalho de campo, no primeiro semestre de 2008, em um Centro de Saúde-Escola (CSE) da região oeste de São Paulo, colhendo entrevistas individuais com a coordenadora de Projeto que representa o Programa de Saúde da Família (PSF) naquele equipamento, a coordenadora do Programa de Saúde Mental, a supervisora de saúde mental do grupo de agentes comunitários de saúde (ACSs), entrevistas coletivas com os ACSs e realizando observação participante das reuniões de supervisão de saúde mental dos ACSs. Incluí, ainda, no material analisado, anotações feitas em 2007 sobre estágio de observação participante de alunos de graduação junto à supervisão de saúde mental com os ACSs.

O presente texto combina apresentação e interpretação das práticas e das concepções de alguns de seus atores, buscando, ao modo etnográfico, traduzir pontos de vista e vozes em suas complexidades e riquezas e transcrever vinhetas e fragmentos significativos daquilo que foi testemunhado. Traduzir e transcrever são ações que procuram fazer jus à experiência de campo, constituindo-se em ensaios, experimentos, exercícios de escrita que tateiam significados e sentidos que ora encontram, ora traem, aquilo que os próprios interlocutores pensam, sentem, vivem (Clifford, 2002; Geertz, 1989; 2002).

¹ Apoio CNPq.

Não por apreço à objetividade positivista, mas por respeito ao diálogo e à interlocução como atmosfera do trabalho intelectual que se quer realizar sobre o tema aqui proposto, o texto agora ensaiado será, oportunamente, discutido com os colaboradores. Trata-se, portanto, de uma primeira aproximação do material de campo que servirá de base para retomada da conversação com os entrevistados.

Centro de Saúde-Escola e Saúde Mental

Os centros de saúde foram, e seus remanescentes ainda são, equipamentos da rede pública de saúde de primeira linha ou de atenção primária, ligados à esfera estadual de governo. A quase totalidade deles foi municipalizada com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Na cidade de São Paulo existem alguns centros de saúde ligados ao ensino e à pesquisa, cumprindo funções de atendimento a usuários aliadas à sua constituição como campo de investigações e de formação para estudantes e residentes das áreas de medicina e enfermagem, bem como para estágio de alunos de outras áreas afeitas à saúde como psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, para citar algumas. São os chamados Centros de Saúde-Escola.

Os centros-escola, quase sempre, têm autonomia para implementar políticas públicas desde uma perspectiva crítica ou própria, construindo e sedimentando uma experiência que costuma unir prestação de serviço à criação de instrumentos práticos e teóricos “de ponta”. Alguns profissionais destas instituições referem-se à criação de tecnologias como modos de problematizar, discutir, analisar e fazer que podem ser transpostos para outras instituições do sistema de saúde.

Os modos de problematizar, discutir, analisar e fazer que unem atenção primária, saúde mental e, mais recentemente, a atenção básica representada pelo PSF são aquilo que se quer compreender e o CSE um lugar onde estudá-los.

A apresentação do CSE será feita, então, pelo viés da história da relação entre saúde mental e atenção primária, acompanhando de perto a entrevista concedida pela coordenadora do Projeto que recebeu os agentes comunitários de saúde nesta instituição.

A história do Programa de Saúde Mental no CSE confunde-se com a própria história da saúde mental com a atenção primária e é marcada, nesse local, por três momentos.

O primeiro, entre por volta de 1978 e 1987, começa com a fundação do CSE e seu interesse em “herdar” uma equipe de saúde mental que atuava em outro centro-escola. O interesse foi duplo: ter uma equipe de saúde mental atendendo em primeira linha e tê-la como parceira na proposição de “tecnologia para atenção primária”.

Como serviço, a saúde mental organizou-se como um dos programas do CSE, constituindo-se como uma das portas de entrada para a população. Trocando em miúdos, como explicou a atual coordenadora de saúde mental, alguém que quisesse ou precisasse “falar com a psicóloga”, era atendida diretamente na primeira linha.

Por outro lado, na perspectiva do desenvolvimento de tecnologia para atenção primária houve uma colaboração intensa e profícua, principalmente, com o Programa de Saúde do Adulto. As consultas no setor de adulto eram bastante detalhadas e a equipe de saúde mental ajudou a elaborar um roteiro de anamnese, estabeleceu a possibilidade de inter-consultas e supervisões tendo em vista o acompanhamento de casos e recebeu encaminhamentos. O modelo da atenção integral, hegemônico no CSE naqueles anos, fazia apelo a tarefas compartilhadas entre diferentes profissionais e a colaboração entre programas tinha este espírito. A equipe de atenção primária beneficiou-se “com os instrumentos, a retaguarda, o conhecimento da área de saúde mental”.

Em 1987, respondendo às intenções do SUS recém implantado, o CSE passa por uma reformulação, deslocando a ênfase da atenção integral para a preocupação com uma maior cobertura, maior produtividade e recorte mais preciso do objeto das ações. Identifica-se, aqui, o segundo momento da história do CSE.

No plano concreto, a reformulação implicou numa restrição das consultas individuais que no modelo de atenção integral eram extensas e minuciosas.

As antigas consultas abriam espaço para que o usuário tratasse de temas da vida como trabalho, sexualidade, família e, dessa forma, não só o “problema” de saúde aparecia no contexto maior da história de vida, mas, também, aparecia ou podia aparecer como talhado para uma abordagem psicológica, para a qual as supervisões e inter-consultas com a equipe de saúde mental contribuíam.

No novo modelo, com a focalização clínica das consultas, as questões da vida migraram para os grupos que se tornaram freqüentes. Houve, ainda, o estabelecimento de prioridades no atendimento com base em estudos epidemiológicos. O serviço organizou-se em torno de Programas voltados para grupos prioritários: crianças, idosos, mulheres, adolescentes.

Um dado importante desta reformulação é a passagem da gestão do CSE da Secretaria de Saúde do Estado para uma universidade pública. Esta passagem trouxe a estrutura departamental comum nas instituições universitárias, bem como uma certa multiplicidade de propostas teóricas e práticas e de interesses também usuais na estrutura departamental.

No período de 1987 a 1994, em que se consolidou a proposta de atenção organizada em programas prioritários e grupos específicos, a saúde mental experimentou uma espécie de “retrocesso” na colaboração com os programas do CSE: as consultas individuais sendo mais restritas, clínicas, não deixam espaço para as vivências que serão discutidas nos grupos específicos de envelhecimento, de ser mulher, de ser homem. Essas mudanças reduzem as oportunidades de contato com a equipe de saúde mental e de encaminhamento de clientela. Ao mesmo tempo, há uma *psiquiatrização* do setor que acaba recebendo os casos mais graves ou “psiquiátricos”. Na relação com a atenção primária, a saúde mental torna-se cada vez mais uma especialidade, atendendo o indivíduo “doente” e enfatizando diagnóstico e medicação.

O terceiro momento corresponde à experiência do CSE com o Programa de Saúde da Família.

A idéia do PSF foi rejeitada pelo CSE em 95/96. Em 1998 houve uma experiência “inspiradora” com a figura das *doulas*: prática tradicional em alguns lugares da África em que mulheres “leigas” acompanham parturientes.

E, então, em 2001, quando o programa começa a ser implantado de modo sistemático na cidade de São Paulo, a posição inicial de rejeição é revista, levando-se em conta que o caráter de escola do CSE “obrigava” a conhecer o PSF, mas, também, sugeria a adoção de um modelo próprio, diferente do modelo hegemônico na rede municipal. Tratou-se, para o centro-escola, de ter um experimento com o PSF, constituindo-se, no entanto, como contraponto crítico e de produção de conhecimento sobre o programa.

A proposta negociada no interior do CSE entre os diferentes departamentos e com a Prefeitura pautou-se pela inserção do PSF na programação do CSE, configurando uma espécie de equipamento misto (PSF e atenção primária tradicional) que na ocasião foi aceito pela gestão municipal, mas que vem sendo, muitas vezes, motivo de tensão entre o equipamento e a Prefeitura.

No lugar da formação de equipes mínimas de saúde da família – médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários – como referência para grupos de 600 a 800 famílias do território de uma unidade, regra no PSF, o CSE incorporou doze agentes que, compondo uma única equipe, trabalham com as famílias moradoras de uma favela da região. Os moradores da favela recebem cuidados de acordo com alguns princípios do PSF, especialmente no que diz respeito às visitas domiciliares e ações comunitárias. No equipamento, no entanto, são atendidos nos programas de saúde como o restante dos usuários da região. Ou seja, não existem entradas diferenciadas, coexistindo a atenção primária tradicional e a experiência com os agentes comunitários no espírito do PSF. A atenção básica, nesse caso, articula-se num espaço de invenção entre princípios do PSF e a organização em programas da atenção primária.

A presença dos agentes comunitários abre duas frentes de trabalho interessantes: a) a promoção de saúde com as visitas domiciliares e as ações comunitárias e b) a assistência primária domiciliar (APD), envolvendo outros profissionais na ida às residências para a dispensa de cuidados especiais.

O projeto com os agentes foi tornando visíveis dimensões da atenção básica no confronto entre as proposições das leis e sua colocação em prática. A autonomia relativa do CSE em relação às metas e cobranças de produtividade vindas dos gestores de governo permite experimentar estas dimensões de maneira mais aproximada daquilo que foi originalmente idealizado, valorizando elementos tais como: a) registros escritos do trabalho dos ACSs, com a confecção de prontuários de família detalhados; b) formação em serviço, com a oportunidade de participação dos ACSs em vários e diferentes tipos de supervisão e reuniões de trabalho; c) ênfase nas atividades de promoção de saúde, equacionando as visitas domiciliares de acordo com as necessidades concretas e não em função de alvos quantitativos definidos de forma abstrata e, nessa direção, as visitas domiciliares são pensadas como devendo “render” para a proposição de atividades comunitárias; d) aproveitamento de informações da

dinâmica da comunidade, das relações de vizinhança, das relações de poder trazidas pelos ACSs, ajudando a compor o quadro mais amplo dos problemas em que a saúde da família se apresenta.

Por outro lado, como devem integrar-se à programação do CSE, os agentes acabam mobilizando uma maior participação e inserção do CSE na favela e, ainda, provocam um trabalho inter-setorial, constituindo-se em fatores de integração entre os setores.

Neste terceiro momento, destacado pela experiência singular com o PSF, a saúde mental participa na seleção e treinamento dos agentes comunitários, na construção de perguntas específicas sobre saúde mental no cadastro geral das famílias, na elaboração de um cadastro de saúde mental, na composição das equipes de APD (Assistência Primária Domiciliar) e na supervisão dos ACSs em saúde mental.

Na visão da supervisora de saúde mental, há dois aspectos que interessam à saúde mental no PSF: a) a seleção e treinamento dos agentes comunitários e b) introdução de questões sobre saúde mental no cadastro geral das famílias.

No cadastro geral foram introduzidas três perguntas sobre saúde mental: 1) internações psiquiátricas progressivas; 2) problemas com álcool e/ou drogas e 3) sofrimento emocional de algum tipo. Caso haja resposta afirmativa a uma ou mais destas perguntas, procura-se preencher um segundo cadastro específico da saúde mental.

Os dois cadastros são preenchidos pelos agentes comunitários a partir de conversas com as famílias nas visitas domiciliares.

Essa tarefa demanda um refinamento da percepção dos agentes quanto aos problemas emocionais da população. O setor de saúde mental espera que os agentes detectem os casos graves e sejam sensíveis aos casos menos graves que passam despercebidos. A formação em serviço, ensejada principalmente pela supervisão, tem esta função de afinar a percepção dos problemas e sua gravidade e aprimorar o modo de contatar e conversar com os outros.

No âmbito do Programa de Saúde Mental, as mudanças introduzidas pela presença dos agentes comunitários incluem aumento de frequência de usuários da favela no programa, inclusão de questões postas à saúde mental pela comunidade, uso do prontuário/família para atendimento, pesquisa e ensino no setor, visão mais ampla dos

pacientes no contexto familiar, necessidade de fazer atendimento domiciliar psiquiátrico e/ou psicológico e realização de alguma atividade comunitária, ainda segundo a coordenadora de saúde mental.

Da perspectiva da coordenação do PSF, a participação da saúde mental é relevante no aporte de temas para discussão com os ACSs, bem como em seu treinamento e supervisão.

A supervisão de saúde mental para os agentes comunitários é a prática central de colaboração entre o Projeto que representa o PSF e o setor de saúde mental. Esta prática focaliza, sobretudo, a questão dos cadastros e, portanto, aquela do diagnóstico e seus desdobramentos na constituição de vínculos visando o cuidado pelos agentes em campo e o tratamento pelos especialistas no CSE.

Saúde Mental, Atenção Primária e Atenção Básica

A entrevista com a coordenadora do Projeto de Saúde Mental do CSE abre um conjunto interessante de comentários e interpretações articulando saúde mental, atenção primária e atenção básica. Uma análise sócio-histórica das políticas públicas de saúde mental no Brasil (PEREIRA e cols., s/d), somada à singularidade da situação do Programa de Saúde Mental neste CSE, dá o tom para as questões desde aí suscitadas.

O modelo do Programa de Saúde Mental no CSE é, desde sua construção inicial, de atenção primária. Como explicado anteriormente, trata-se da instalação de uma equipe de saúde mental como porta de entrada para a clientela de uma unidade básica de saúde, neste caso um centro de saúde-escola.

Este modelo é filiado à estrutura piramidal tradicional de prestação de serviços em saúde, reformulada, no Estado de São Paulo, no governo de Franco Montoro (1981/85), no bojo da reforma assistencial que antecede o SUS. Nela, se busca inverter a pirâmide das atenções primária, secundária e terciária que, na saúde mental, era composta por uma base ínfima de atenção primária, seguida de um miolo mediano de atenção secundária e um topo largo e robusto de atenção terciária representado pelos hospitais psiquiátricos. A inversão aspira diminuir o “parque manicomial” e aumentar o atendimento ambulatorial e a atenção primária nos centros de saúde e unidades básicas.

Na seqüência, há certa concomitância da reforma sanitária que institui o SUS e o PSF e a reforma psiquiátrica que, como vertente da luta anti-manicomial, centra suas forças no desmancho do setor terciário. Estes dois movimentos, até certo ponto paralelos, incidem sobre a idéia e as práticas de atenção primária em saúde mental e a permanência do Programa de Saúde Mental no CSE encarna e expressa muitos dos problemas e preocupações desta convergência².

A reforma psiquiátrica de cunho anti-manicomial realiza, pouco a pouco, a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) que devem “segurar pacientes que poderiam ser internados” e “fazer um trabalho de desinstitucionalização, de inclusão, de desestigmatização que evitaria que o resto da sociedade internasse”. Os CAPSs são destinados àquelas pessoas com “transtornos graves” e provocam a preocupação com o atendimento da maioria da população que sofre com “transtornos moderados ou leves”.

Paralelamente, o avanço do PSF, a partir de 2001, na cidade de São Paulo, tende a retirar as equipes de saúde mental das unidades básicas ou, o que dá no mesmo, tende a fazer desaparecer a saúde mental como atenção primária.

Na configuração atual da política de saúde, as pessoas com “transtornos moderados e leves” que ficaram “sem lugar” podem e devem ser cuidadas pelas equipes de PSF, contando com o apoio dos profissionais de saúde mental como retaguarda. Trata-se do modelo de *matriciamento* dos núcleos de apoio que deverão se articular em torno de duas práticas principais juntando equipes de PSF e especialistas: supervisão e discussão de casos e co-responsabilidade em alguns atendimentos.

Na crítica da coordenadora de saúde mental a esta situação destacam-se alguns pontos cruciais: 1) na atenção básica, com o PSF, a saúde mental transforma-se em especialidade, enquanto na atenção primária era e é uma porta de entrada específica; 2) na atenção básica a saúde mental *matricia*, principalmente, médicos, enfermeiros e agentes comunitários numa perspectiva médico-assistencialista – a saúde mental reduz-se a uma especialidade médica; 3) a saúde mental como *matriciadora* de PSF corre o risco de só poder oferecer ou sugerir remédio e “vida social” (participação em atividades socializantes dos mais diversos tipos); 4) o *matriciamento* pode tornar-se

² Sobre os temas da reforma psiquiátrica, do SUS e do PSF ver: Cohn, 2005; Junqueira, 2001; Luzio e L'Abbate, 2006; Schmidt, 2004; Viana e Dal Poz, 2005.

atendimento em saúde mental, porque os profissionais da área podem ficar tentados a assumir a prestação de serviço no lugar das equipes de PSF “despreparadas” para tal empreitada.

No CSE, tendo em vista seu caráter de unidade mista e a singularidade desta “mistura” que não é propriamente feita de atenção primária e equipes de PSF mas, sim, como já foi explicado, da inserção dos agentes comunitários na programação de saúde, o Programa de Saúde Mental encara uma experiência dupla: de um lado o atendimento da população em geral, atendimento que vem se tornando mais psiquiátrico, medicamentoso, conservando, contudo, grupos de terapia ocupacional e alguma agenda para psicoterapias individuais; de outro, a relação com os agentes comunitários de saúde.

Na relação com os agentes comunitários de saúde atualizam-se perguntas e preocupações derivadas da análise da política atual. Alguns exemplos: 1) a preocupação com identificar e distinguir os problemas de saúde mental e suas gravidades norteando o tipo de formação e de informação que constitui a supervisão e o tipo de ação possível no âmbito de uma combinação peculiar de atenção primária e básica; 2) o estudo de casos difíceis tomado como ocasião de aprendizagem tanto para a equipe de saúde mental quanto para os ACSs; 3) a tentativa de entender o que é um ACS atendendo um “caso de psicose”; 4) a provocação do cuidado em saúde mental como prevenção e o risco de medicalização cada vez maior da população e da mentalidade dos ACSs, entre outras.

Se é verdade que o Programa de Saúde Mental vem se *psiquiatrizando*, o contato com os agentes comunitários introduz uma tensão nessa *psiquiatrização*. As supervisões e a formação, estando intimamente ligadas, oferecem um terreno fecundo para compreender do que é feita esta tensão.

Supervisão em Saúde Mental: formação e confronto

A tensão anteriormente referida pode ser descrita, num primeiro momento, como sendo entre um modelo de serviço de saúde mental composto por atendimento psiquiátrico, psicológico e grupos de terapia ocupacional no qual a clientela se acomoda ou não e uma provocação que vem dos ACSs e da comunidade para um movimento do serviço no sentido de ler e compreender necessidades não contempladas pelo modelo.

Nas entrevistas com a supervisora de saúde mental e com os ACSs e, também, nas observações das supervisões foi possível identificar um conjunto interessante de demandas, por assim dizer, dirigidas do programa de saúde mental aos ACSs e destes ao programa que se destacam dos objetivos formativos principais que são ensinar os agentes a categorizar os “problemas mentais”, diferenciando níveis de gravidade e ensinar como falar sobre e se aproximar do sofrimento emocional junto à população.

Se por um lado a supervisão promove o refinamento da percepção e da compreensão dos agentes sobre o sofrimento emocional, por outro os agentes respondem aumentando a visibilidade dos casos graves e acolhendo os casos moderados e leves, exercendo uma função de vigilância e ampliando a esfera de influência da saúde mental: a colaboração muda o perfil dos agentes e muda, também, o conhecimento do programa de saúde mental sobre a população atendida pelo PSF, tanto no que diz respeito ao acesso a “casos” que de outra forma não chegariam ao setor, quanto à oportunidade de entendê-los no contexto mais abrangente da família e da comunidade ou bairro.

A construção de vínculos é condição para as ações de cuidado dos agentes com a população e, ao mesmo tempo, objeto de um cuidado dispensado aos agentes nas supervisões.

Nelas, os ACSs contam histórias de pessoas em sofrimento e oferecem informações sobre pacientes da saúde mental, especialmente sobre os faltosos. As supervisoras, por sua vez, fazem perguntas sobre os “casos”, cotejam as formas populares de compreensão e explicação do sofrimento com aquelas da ciência médica e orientam os agentes sobre como agir e o que fazer em determinadas circunstâncias.

A participação dos ACSs nas supervisões, além do oferecimento de informações e histórias e do relato e discussão de tarefas estabelecidas nesse coletivo, como por exemplo a aplicação de cadastro de saúde mental ou a realização de uma visita domiciliar com algum propósito singular, inclui falas próprias de interpretação e compreensão dos “casos” e alguma confrontação ou resistência às interpretações especializadas.

A participação dos especialistas, por sua vez, encerram orientações que visam ensinar os ACSs a: fazerem falar os sintomas ou a buscarem uma tradução dos sintomas em palavras ou nomes advindos da experiência do usuário; diagnosticarem sem

estigmatizar; comparar o diz a ciência médica com as crenças populares; considerarem a “normalidade” de certas “anormalidades”.

Os agentes comunitários entendem que seu trabalho ajuda sobremaneira a diminuir o preconceito da população em relação ao serviço de saúde mental e faz crescer o interesse e a demanda por esse serviço.

Uma opinião comum aos agentes é a de que o cuidado em saúde mental acaba se concentrando muito na medicação. Para eles, haveria necessidade de psicoterapia, de conversa porque as doenças “da cabeça” são diversas daquelas do corpo para as quais os remédios bastariam. Vêm que a população tem medo de ficar dependente do remédio, embora mostrem atitudes híbridas de medo e desejo do remédio. Os ACSs, por sua vez, acham que a loucura e o sofrimento mental estão mais ligados a um modo de ser dos indivíduos ou às histórias de vida do que a uma doença. Por isso, também, o remédio que é útil para o corpo pode ser insuficiente ou mesmo ineficaz para a “cabeça”.

Em sua crítica ao cuidado dispensado pela equipe de saúde mental aparece, portanto, aquela sobre o uso de remédios e a observação de que os pacientes do setor passam anos tomando medicação sem, no entanto, melhorarem de forma definitiva: “passam anos e anos tomando remédio, com períodos de melhora intercalados com crises”.

A equipe de saúde mental também demonstra preocupação com a *medicalização*: por um lado, quando enfrenta a demanda alta, acaba medicando como uma maneira de aliviar um sofrimento presente que não encontra outro lugar, de conversa, onde ser cuidado e, por outro, na formação dos agentes, procura torná-los capazes de dar continência ao sofrimento, embora, em grande parte, trate de habilitá-los para perceber e informar os problemas da comunidade.

Há, em certo sentido, uma expectativa da saúde mental quanto à atuação dos agentes no âmbito da vigilância e estes, por seu turno, esperam que a saúde mental possa dar conta dos problemas identificados. Mas a supervisão não se reduz à confrontação destas expectativas, apresentando-se como exemplo profícuo de prática em que a convivência de saberes é possível, gerando algumas vezes formas de cuidado interessantes e adequadas e, outras, a certeza de que há um longo caminho de construção entre atenção básica e saúde mental a percorrer.

Referências Bibliográficas

CLIFFORD, James (2002). *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.

COHN, Amélia (2005). A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. IN: Cohn, A. e Elias, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez; CEDEC.

GEERTZ, Clifford (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

GEERTZ, Clifford (2002). *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.

JUNQUEIRA, Virgínia (2001). *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. São Paulo: Polis/PUC-SP (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 3).

LUZIO, Cristina Amélia e L'ABBATE, Solange (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 281-298, jul/dez.

PEREIRA, Lygia Maria de França e cols. (s/d). *Análise das políticas públicas em saúde mental no Brasil*. Relatório de Pesquisa Transformação do Modelo de Atenção Pública em Saúde Mental e Seus Efeitos no Processo de Trabalho e na Saúde Mental dos Trabalhadores. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Centro de Saúde-Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa, Programa de Saúde Mental.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval (2004). Plantão Psicológico, universidade pública e política de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 3, p. 173-192, setembro/dezembro.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila e DAL POZ, Mario Roberto (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p. 225-264.

