

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIANA CRISTINA LOBATO DOS SANTOS RIBEIRO SILVA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: GRUPO DE TRABALHO EM DEPENDÊNCIA  
QUÍMICA- UBS VILA DALVA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIANA CRISTINA LOBATO DOS SANTOS RIBEIRO SILVA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: GRUPO DE TRABALHO EM DEPENDÊNCIA  
QUÍMICA- UBS VILA DALVA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Msc. Sara Pinto Barbosa**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado Relato de Experiência: Grupo de Trabalho em Dependência Química-UBS Vila Dalva de autoria do aluno **MARIANA CRISTINA LOBATO DOS SANTOS RIBEIRO SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Msc. Sara Pinto Barbosa**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa.Dra.VâniaMarli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra.Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a meu marido Nilton e minha filha Maria Luiza, que me apoiaram durante todo o trajeto rumo a mais essa conquista. Minha família tem sido extremamente compreensiva em minha busca constante por aprimoramento e conhecimento. Reconhecem que minha dedicação ao trabalho é parte fundamental de minha história. Sabem que a Enfermagem é, mais do que minha profissão, minha essência. Certamente não é fácil conviver com alguém tão intensamente apaixonada pela ciência, a arte e o ideal do cuidado! Por isso, sou eternamente grata!

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus queridos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde Vila Dalva, por seu apoio, seu exemplo e dedicação à arte de cuidar.

Aos meus colegas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais extremamente capacitados, com a habilidade de garantir a ampliação de nossas possibilidades de ação sem descaracterizar o atendimento da Atenção Primária à Saúde. Temos um lindo trabalho de parceria!

Aos docentes envolvidos neste curso de especialização em Cuidado Psicossocial, pela dedicação que inspirou a todos, mesmo diante dos desafios, a prosseguir sempre.

À orientadora Profa. Msc. Sara Pinto Barbosa, que não me deixou desanimar!

Em especial agradeço à psicóloga do NASF Bárbara Barticiotti, minha querida amiga e mestra! Sempre motivada, sempre positiva, sempre acolhedora às demandas traçadas pela dependência química: muito obrigada!

## SUMÁRIO

<b>1INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>14</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>

## RESUMO

Segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas em Saúde Mental, o atendimento da pessoa com transtornos mentais deve ser realizado prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), que deve atuar como porta de entrada do sistema de saúde, e, quando necessário, encaminhar para o nível secundário permanecendo como lócus da coordenação do cuidado e abordagem familiar. Visando ampliar o escopo e a resolutividade das ações da APS, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entretanto, a apropriação da Saúde Mental pelos serviços de APS vem ocorrendo lenta e tardiamente. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Dalva convive com os desafios característicos de uma região em grande vulnerabilidade social, particularmente o abuso de álcool e outras drogas. A abordagem dessa questão pelas equipes de Saúde da Família, com o apoio do NASF, vem acontecendo através de consultas, construção de Projetos Terapêuticos Singulares e através do Grupo de trabalho em Dependência Química. Este estudo buscou descrever o processo de constituição deste grupo e sua experiência ao longo de dois anos de existência. Em reuniões semanais, com o apoio dos alunos do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) – Saúde Mental, o grupo tem mantido um público flutuante, mas constante. Tem promovido o estabelecimento de redes e parcerias com as demais instituições existentes no território, rompendo com o isolamento de pacientes e famílias. O grupo tem se configurado como um espaço de acolhimento e escuta qualificada, promovendo cuidado e ultrapassando paradigmas tradicionais sobre o papel da UBS.

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro vive uma constante evolução desde o Movimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988 (MENDONÇA, 2009). Segundo Campos (2003) existe uma busca contínua, desde então, por abandonar o modelo hospitalocêntrico e assumir uma nova lógica de funcionamento, que aproxime o sistema de saúde dos indivíduos, tornando-o “mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo” (CAMPOS, 2003, p. 1).

A Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e o eixo reorganizador das práticas que garantem o acesso à saúde como direito social (GIOVANELLA, et al., 2009). Conceitos e princípios como território, vínculo, longitudinalidade, hierarquização e participação social passaram a pautar as discussões e as agendas dos vários setores envolvidos na construção de políticas públicas, tais como Universidades, Movimentos Sociais e setores do Governo nas três esferas (CAMPOS, 2003).

A partir desta nova organização do sistema de saúde a APS vem passando por grandes transformações, conceituais e práticas. De um modelo tradicional de Saúde pública onde cabia às Unidades Básicas de Saúde gerenciar somente a imunização e a vigilância epidemiológica de uma determinada população, oferecendo também atendimento com especialistas em Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia evoluiu-se para um olhar ampliado de saúde, onde todas as demandas em saúde da população têm acesso ao sistema através da Unidade Básica (ELIAS et al, 2006; CAMPOS, 2003). Desta forma, tanto a gestante, a criança e o adulto hipertenso como também o portador de doença oncológica e o dependente químico, quadros antigamente considerados complexos demais para a APS, por exemplo, passaram a ser considerados pacientes das Unidades Básicas de Saúde.

A APS deve garantir à assistência à saúde acesso colocando-se como primeiro contato dos usuários com o sistema para toda a população adstrita, realizando o manejo dos casos de acordo com o escopo da sua prática, utilizando-se da longitudinalidade como ferramenta para o desenvolvimento dos planos terapêuticos, uma vez que o acompanhamento das pessoas e suas famílias ao longo do tempo traz informações fundamentais para a clínica ampliada, além de favorecer o estabelecimento do vínculo. Além disso, deve encaminhar os



casos que considerar necessário para o atendimento especializado, porém mantendo sempre sua posição central na coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Essa transformação conceitual no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde vem de encontro à outra grande transformação: a Reforma Psiquiátrica, que desde a década de 70 vem se consolidando dinamicamente através dos princípios da desinstitucionalização e da reintegração psicossocial da pessoa com sofrimento mental (SIMÕES; MOREIRA, 2013). A reforma propõe um avanço da abordagem asilar, com o isolamento e a exclusão inerentes ao processo, para uma clínica onde o objeto do cuidado deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa em sofrimento. Dessa forma, torna-se imprescindível a reorganização dos serviços a partir do território, uma vez que “a reinserção social e desmonte do aparato asilar só se tornarão eficazes com as pessoas com sofrimento mental circulando na comunidade” (SIMÕES; MOREIRA, 2013, p2).

Sendo assim, fica claro o novo papel que a APS deve assumir frente aos pacientes com demandas de saúde mental em seu território. Entretanto, esse processo de apropriação desta nova prática vem acontecendo lentamente e, muitas vezes, a partir de ações isoladas e pouco articuladas (LIMA, 2012).

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No cerne das transformações ocorridas na APS está a implantação do Programa Saúde da Família, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde brasileiro. Desenvolvido a partir de experiências com outros modelos de promoção da Atenção Básica, como os Agentes Comunitários de Saúde, no interior do Ceará, e diversos outros modelos utilizados no Brasil em outros países, pautados na Medicina de Família e Comunidade (CAMPOS, 2003), o programa Saúde da Família, posteriormente renomeando Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendido como:

Uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2014).

Simultaneamente a esse processo histórico, a Reforma Psiquiátrica Brasileira buscou a desinstitucionalização em psiquiatria e criticar radicalmente o modelo manicomial. Após a criação do SUS, em 1988, o projeto de lei Paulo Delgado de 1989 propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, dando início às lutas do movimento nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005). Dá-se início, então, à criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e posteriormente, à articulação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2005).

Segundo as diretrizes do SUS e das políticas públicas em Saúde Mental, apesar da criação dos novos serviços, o atendimento da pessoa com transtornos mentais deveria ser realizado prioritariamente na APS, que atuaria como porta de entrada do Sistema de Saúde, e, identificada a necessidade de encaminhamento para o nível Secundário, permaneceria como locus da coordenação do cuidado e abordagem familiar (BRASIL, 2013; LIMA, 2012).

Entretanto, a apropriação da Saúde Mental pelos serviços de APS vem ocorrendo lenta e tardiamente (BRASIL, 2013; QUINDERÉ, 2013). Dentre os aspectos citados como razões da apropriação tardia da Saúde Mental pela APS está a falta de preparo dos profissionais da APS para abordagem em Saúde Mental, a falta de esclarecimento sobre conceitos como Sofrimento Psíquico, Doença Mental e Saúde Mental e a desarticulação das Redes de Atenção Psico-Social (RAPS) (LIMA et al., 2012).

Visando ampliar a “abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade” (BRASIL, 2013) o Ministério da Sade cria em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, operando de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, atuando diretamente através de apoio matricial, responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre as necessidades de saúde da população adstrita. Desde então, alguns dos aspectos que mais contribuíram para o desenvolvimento de ações em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde têm sido o NASF e a sua rearticulação com a RAPS, ampliando as possibilidades de respostas à população em sofrimento psíquico.

Dentre as demandas de Saúde Mental na APS, a mais presente é o abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013). A constatação de que esta situação representa um grave problema de saúde pública no país encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação entre este consumo e agravos sociais associados. Trata-se de uma questão mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho “Vila Dalva”, localizada na periferia da cidade de São Paulo, convive com as demandas de saúde características de uma região de grande vulnerabilidade social e, dentre elas, o abuso de álcool e outras drogas (REIS et al., 2013). A abordagem dessa questão pelas cinco equipes de Saúde da Família existentes nesta unidade, com o apoio da Equipe NASF, vem acontecendo através de consultas com equipes, discussão de casos, construção de Projetos Terapêuticos Singulares e, mais recentemente, através do Grupo de trabalho em Dependência Química. O

objetivo deste trabalho é descrever o processo de constituição deste grupo e sua experiência ao longo de dois anos de existência.

### **3 MÉTODO**

Trata-se de um relato sobre uma tecnologia de cuidado já utilizada no serviço. Desta forma, a partir da discussão do referencial teóricos de APS (STARFIELD, 2002) e do caderno de Atenção Básica em Saúde Mental (BRASIL, 2013), apresentou-se a trajetória de formação e desenvolvimento do Grupo de Trabalho em Dependência Química na Unidade Básica de Saúde Vila Dalva.

#### **Local do estudo**

A UBS Vila Dalva teve início de suas atividades em 1985 e, a partir de 2003, passou a atuar como unidade mista: ao modelo tradicional de funcionamento foi agregada a Estratégia Saúde da Família, com cinco equipes. Em 2010 inicia-se a atuação do NASF, com 17 profissionais, sendo cinco de saúde mental (incluindo psiquiatra, psicólogos, e terapeutas ocupacionais), três de reabilitação e sete de clínica médica, geriatria e pediatria (PRO, 2014).

Além destes profissionais a UBS possui dois pediatras, um psiquiatra, um clínico geral, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e um ginecologista, que atuam atendendo pacientes encaminhados pelas equipes de saúde da família da própria UBS e de outros serviços, de acordo com a regulação da referência e contra-referência da Supervisão de Saúde do Butantã.

A UBS acolhe tanto pacientes que buscam atendimento para demandas espontâneas como agendadas, com grupos, consultas, orientações e atendimento de emergência, farmácia, vigilância à saúde e serviço social. Dentre os grupos existentes na UBS estão o Grupo Viver Bem (para portadores de dor crônica), Lian Gong, Práticas Corporais, Caminhada, Artesanato, Cidadania, Gestantes, além do citado Grupo de trabalho em Dependência Química.

Outra característica fundamental do serviço é a presença constante dos alunos das diversas unidades da Universidade de São Paulo, tanto graduandos, como residentes e pesquisadores. Dentre estes se destaca a atuação dos alunos dos programas PET (Programa de Educação pelo Trabalho), tanto do PET – Redes, PET – Saúde da Família e PET – Saúde Mental.

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

### **O Início: Uma necessidade premente**

Desde o início da implantação do NASF as equipes de Saúde da Família foram questionadas sobre suas maiores dificuldades e necessidades de apoio e assim, ficou claro o grande volume de demandas associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Nas reuniões semanais entre as equipes e os profissionais do NASF iniciaram-se as discussões de casos e os profissionais de saúde mental concluíram que todas as cinco equipes traziam com frequência casos de famílias com sofrimento psíquico associado a um membro fazendo uso abusivo de álcool e outras drogas. Em associação com as profissionais do Serviço Social da UBS criou-se então em 2012, o grupo de Apoio a Familiares e Pessoas com Dependência Química (PDQ) / Grupo de trabalho em Dependência Química.

Inicialmente o grupo reunia-se semanalmente, pela manhã, atendendo principalmente mães de dependentes químicos. Os próprios dependentes químicos eram bem vindos ao grupo, mas logo ficou claro que necessitariam de um espaço próprio para escuta e reflexão, sendo criado um novo horário, no fim da tarde e também semanalmente, para este público, com a participação de psicólogo, assistente social, médico e enfermeiro de saúde da família.

De início ambos os grupos mantiveram uma frequência assídua, porém eventualmente o público diminuiu até passarem-se semanas sem que nenhum dos participantes comparecerem. Neste momento a inclusão dos alunos do Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde Mental foi bastante importante, ao apoiarem os profissionais realizando visitas domiciliares na companhia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para conversarem com os antigos participantes. Alguns participantes tinham passado por recaídas, passado por internações, alguns estavam bem. Todos foram convidados a retomar as atividades e o grupo retomou o fôlego inicial.

Hoje o grupo permanece com suas ações semanais, pela manhã com familiares e à tarde com dependentes químicos. Existe um público flutuante, que permanece em contato constante com o grupo. As ações de apoio dos alunos do PET Saúde Mental seguem acontecendo e, nas reuniões semanais com as equipes de Saúde da Família, o repasse e troca de informações sobre seus pacientes participantes é constante.

### **Apoio, Rede, Vínculo e Acesso**

Como mencionamos, o público que frequenta o grupo é flutuante. Porém, mesmo ausentes, os participantes buscam manter contato com o grupo através de suas equipes, demonstrando que enxergam no grupo uma fonte de apoio e como parte de seu Ecomapa. Segundo Cavalcante (2013)

O ecomapa é definido como um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. Pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo, eminentemente, o retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico. É, essencialmente, um diagrama dos contatos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas (CAVALCANTE et al, 2013, p. 323).

Os familiares de dependentes químicos, em especial, estabeleceram não só com os profissionais, mas também com os demais participantes, novas teias na rede de suporte social. Suas experiências de sofrimento, tais como prisão de um dos filhos, internação de outro, recaídas, experiências com clínicas particulares para dependência química, períodos de abstinência e suas atitudes de enfrentamento têm servido de exemplo e inspiração uns para outros. Não se sentem mais isolados em sua experiência de sofrimento, pela vergonha e preconceito, mas iguais em uma luta constante, em que existem momentos de tempestades, mas também outros de calma e paz.

O profissional do NASF representante do grupo está integrado na Rede de Saúde Mental Butantã e no Fórum de Discussão Álcool/Drogas do Butantã. Ambas as reuniões buscam articular propostas e fluxos de atendimento às demandas das pessoas em sofrimento psíquico no território, contando com a participação da Sociedade Civil, Gerentes de UBS, representantes do CAPS e ONGs. Quando a reunião de um dos fóruns acontece na própria UBS Vila Dalva, os participantes dos grupos são convidados a participar, em um rico momento de ampliação da rede de suporte e troca de experiências.

O grupo ainda tem pouca divulgação na comunidade, sendo esse o objetivo estabelecido para os próximos meses: garantir que a comunidade reconheça o grupo como um espaço de acolhimento, que dispensa encaminhamento formal pelos profissionais técnicos das equipes. Qualquer um pode vir, se apresentar e participar. Ainda assim, nos núcleos familiares e vizinhança de pacientes que já participaram do grupo, o reconhecimento e a legitimação do grupo são marcantes. O vínculo estabelecido com essa parcela da comunidade permanece, de maneira que buscam o grupo espontaneamente, com dúvidas, solicitação de apoio e novos participantes.

Esse reconhecimento tem garantido o acesso dos dependentes químicos e suas famílias a acolhimento, tratamento e cuidado. O dependente químico, em especial, frequentemente teme o julgamento e a atitude preconceituosa, não sabendo como proteger-se e ainda assim, buscar ajuda no serviço de saúde. Entendemos que a divulgação na comunidade do grupo como um espaço de acolhimento seguro, despido de julgamentos e estigmatização, de fácil acesso para o dependente químico e sua família é fundamental para garantir o acesso equânime a essa população. Suas necessidades em saúde são múltiplas, sendo dentre elas o sofrimento psíquico a mais premente, mas também carecem de cuidado por co-morbididades psiquiátricas ou não, orientação sobre DST/AIDS, métodos contraceptivos, orientação/cuidado nutricional, apoio judicial e orientação legal.

### **Registros: Cartografia de pessoas e famílias**

Foram criados instrumentos para realização de breve entrevista com os participantes, no momento de sua primeira visita ao grupo, registrando dados essenciais. A própria realização da entrevista tem se mostrado bastante terapêutica, sendo um momento de reflexão de dependentes químicos e familiares sobre suas trajetórias, estratégias utilizadas para enfrentamento, fragilidades e potencialidades.

As fichas são compostas de dados cadastrais da pessoa entrevistada e um breve relato de sua experiência com a dependência química, além de genograma e ecomapa (BRASIL, 2013). A utilização destes instrumentos tem sido importante não só como anamnese e



registro, mas como instrumento de reflexão dos participantes, que repensam sua rede social de apoio e família em um novo contexto.

Sendo assim, fundamentados na lógica do olhar ampliado em saúde, pretendemos seguir estabelecendo novos modos de atender, fazendo novas parcerias para prestar cuidado em saúde e ampliação das possibilidades e resolubilidade da rede de apoio para nossos pacientes e comunidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde se propõe a garantir o direito constitucional de acesso aos serviços de saúde à toda população brasileira. Para isso, optou por reorganizar sua rede de serviços a partir da APS, que deve atuar como primeiro contato dos usuários com o sistema, garantindo atendimento longitudinal, com integralidade, atuando ainda na coordenação da assistência, com foco na abordagem familiar e comunitária. A implantação e consolidação deste novo paradigma vêm se constituindo um grande desafio para todos os serviços de saúde, tanto pela mudança na logística do atendimento, como pela necessidade de formação profissional coerente com esses princípios, como pela grande mudança conceitual.

Em relação ao atendimento do portador de demandas em saúde mental, o salto conceitual tem sido o desafio mais marcante. Afinal, o sofrimento psíquico nunca foi considerado parte do escopo da atuação das Unidades Básicas de Saúde. Em especial no que concerne a dependência química, já tão cercada de preconceitos e julgamentos, o atendimento na comunidade foi “propriedade” de igrejas e associações, nunca antes da rede de UBS.

Em nosso serviço assumimos o desafio de enfrentar esse grande salto, considerando a grande demanda por essa assistência, característica da periferia de São Paulo, onde a vulnerabilidade social expõe intensamente jovens e crianças ao tráfico, uso e abuso de entorpecentes.

Ao assumir esse desafio identificamos que existia uma necessidade premente de articular a rede de serviços, estabelecendo contatos através dos profissionais do NASF, com as demais instituições existentes no território, como ONGs, CAPS, Centros de Especialidade e a Universidade. Também ficou claro a necessidade de constante preparo e capacitação profissional.

Neste curso de especialização em Cuidado Psicossocial encontrei muitas das respostas que buscava. Encontrei também novos desafios a serem enfrentados, agora com mais fundamentação teórica, adquirida na leitura dos materiais disponibilizados e principalmente constante troca de experiências com docentes e colegas.

A caminhada está apenas no início. A consolidação do SUS, da APS como seu eixo regulador e a apropriação da Saúde Mental pela APS são desafios constantes. A busca por aperfeiçoamento e o estabelecimento de redes são essenciais para que iniciativas como nosso Grupo de trabalho em Dependência Química não se tornem propostas isoladas, fadadas ao fracasso e sim, respostas efetivas às demandas de saúde de nossas comunidades.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em:** <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php> Acesso em: 20/03/1014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Saúde mental, Cadernos de Atenção Básica, n° 34*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8( 2 ): 569-584, 2003.

CAVALCANTE, L. P., FALCÃO, R. S. T., LIMA, H. P., MARINHO, A. M., MACEDO, J. Q., BRAGA, V. A. B. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental de assistência em saúde. *Rev Rene*, 13(2): 321-31, 2012.

ELIAS, P. E.; et al . Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 633-641, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(3):783-794, 2009.

LIMA, F. G.; SICILIANI, C. C.; DREHMER, L. B. R. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. *Com. Ciências Saúde*, Porto Alegre, 24(2): 143-148, 2012.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(Supl.1):1493-1497, 2009.

PROJETO REGIÃO OESTE. *Unidade Básica de Saúde Vila Dalva*. Disponível em: <http://pro.fm.usp.br/unidade-basica-de-saude-vila-dalva/>. Acesso em: 20/03/1014.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B; NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A.; VASCONCELOS, M. G. F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 18(7): 2157-66.

SIMÕES, W. M. B.; MOREIRA, M. S. A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev. Enfermagem Revista*, Belo Horizonte, v. 16, n.03, 223-39, 2013.

STARLFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pr](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pr)