

Acesso a serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura científica

Suelen Silva de Menezes*¹
José Bruno da Silva Leite**²

RESUMO

O Brasil vem passando por um profundo processo de reestruturação da atenção em Saúde Mental desde o final dos anos 70, do século passado. Nesse período, a atenção psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira vem construindo elementos teóricos e técnicos, ideológicos e éticos, constituindo-se um novo paradigma para as práticas em saúde mental capaz de substituir o paradigma psiquiátrico. Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. **Objetivo:** Revisar a literatura científica sobre acesso aos serviços de saúde mental. **Método:** revisão narrativa da literatura científica, sobre o tema “acesso a serviços de saúde mental”. **Conclusão:** discutir a influência da Reforma Psiquiátrica na mudança das políticas de Saúde Mental no Brasil e demonstrar como o trabalho pode ser um instrumento favorável à reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços públicos de Saúde mental, Aspectos históricos do processo saúde - doença mental, centro de atenção psicossocial (CAPS), Os serviço de assistência no CAPS, Gestão do CAPS, Avaliação do serviço de saúde mental, Gestão de qualidade, destacando sua importância na manutenção da saúde mental do indivíduo atendido.

Palavras-chave: Saúde mental, Acesso a serviços de saúde. Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

Brazil has been going through a profound process of restructuring mental health care since the end of the 1970s, of the last century. In this period, psychosocial care in the context of Brazilian psychiatric reform has been building theoretical and technical, ideological and ethical elements, constituting a new paradigm for mental health practices capable of replacing the psychiatric paradigm. Caring is more than an act: it is an attitude. Objective: To review the scientific literature on access to mental health services. Method: narrative review of the scientific literature, on the theme "access to mental health services". Conclusion: to discuss the influence of the Psychiatric Reform on the change of the Mental Health policies in Brazil and to demonstrate how the work can be a favorable instrument for the psychosocial rehabilitation of the users of the mental health public services, Historical aspects of the mental health process, Psychosocial care (CAPS), the care service in the CAPS, CAPS management, mental health service evaluation, quality management, highlighting its importance in maintaining the mental health of the individual served.

Key words: Mental health, Access to health services. Psychiatric Reform

*¹ Enfermeira Hospital Regional Emília Câmara – Afogados da Ingazeira / PE.

**² Tecnólogo em Radiologia. Professor das Faculdades Integradas de Patos.

Introdução

O Brasil vem passando por um profundo processo de reestruturação da atenção em Saúde Mental desde o final dos anos 70, do século passado. Nesse período, a atenção psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira vem construindo elementos teóricos e técnicos, ideológicos e éticos, constituindo-se um novo paradigma para as práticas em saúde mental capaz de substituir o paradigma psiquiátrico. Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro.

Bottomore (1991) Ressalta que, na perspectiva marxista, a história é a busca humana por seus objetivos, logo, o ser humano é um ser histórico, pois se utiliza de sua realidade para transformar/conformar sua existência. Neste sentido, o conhecimento da loucura é o estudo da condição humana relacionado aos contextos sociais, culturais e políticos. Portanto, saber como, o chamado louco, foi cuidado no decorrer da história é uma premissa necessária para que possamos compreender o cuidado dispensado a ele nos dias atuais.

Na Antiguidade acreditava-se que o comportamento fora da norma sociocultural de cada local era causado por forças sobrenaturais, que assumiam o controle da pessoa ditando seus comportamentos. Os antigos egípcios, árabes e hebreus acreditavam que o comportamento distinto era decorrente de possessão por forças sobrenaturais, deuses irados, maus espíritos e demônios (HOLMES, 2001).

Na contemporaneidade, estima-se que uma em cada quatro pessoas seja afetada por um transtorno mental em alguma fase de sua vida até 2020 (OMS, 2001). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), no Brasil, 3% da população em geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos mentais graves decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental contínuo ou eventual.

Dentre os direitos das pessoas com transtornos mentais, podemos destacar: Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na

comunidade; Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) permanece em ritmo de expansão. foram contabilizados até 2011: 1.742 CAPS, considerando as modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad, CAPSad III; 779 Serviços Residenciais Terapêuticos com 3.470 moradores; 3.961 beneficiários do Programa De Volta Pra Casa; 640 iniciativas de geração de renda inscritas no Programa de Inclusão Social pelo Trabalho; 92 Consultórios de Rua; 3.910 leitos de saúde mental cadastrados em hospitais-gerais; Redução contínua de leitos em hospitais psiquiátricos, tendo como registro entre os anos de 2002 e 2011, a redução de 19.109 leitos. A reconfiguração do perfil de tais estabelecimentos, com redirecionamento financeiro e normativo (BRASIL, 2012).

Os serviços são orientados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL 2011).

Dessa forma, a assistência em saúde mental procura construir um novo modelo terapêutico, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário (AMARANTE, 2007). O acolhimento no território emerge na formação do vínculo e pela corresponsabilização na busca da resolubilidade das necessidades de saúde. A escuta proporciona a evidência dos problemas reais e a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações sócio-culturais na perspectiva de construção do cuidado integral.

Evidencia-se a importância de desenhos de avaliação dos novos serviços de saúde mental, elaborados a partir do estudo do seu cotidiano, privilegiando análises qualitativas que considerem a complexidade do objeto. A avaliação da qualidade em saúde mental parece ser conduzida por características peculiares à área, quando comparadas às demais áreas de saúde. A avaliação de extensão de cobertura e de números de consultas, internações e procedimentos laboratoriais, por si só, não parece satisfazer critérios de boa qualidade em saúde mental. Todos os aspectos objetivos e materiais, mais que em outras áreas, são perpassados pela intersubjetividade das relações entre usuários e trabalhadores, enfim, de todos os envolvidos no processo de

trabalho, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliação em serviços de saúde (FURTADO; ONOCKO-CAMPOS, 2008).

Este estudo objetivou realizar uma revisão narrativa acerca temas relativos a melhoria do acesso a serviços de atenção à saúde a fim de conhecê-los, no âmbito nacional e internacional.

ASPECTOS HISTÓRICOS DO PROCESSO SAÚDE - DOENÇA MENTAL

Resende (2001) vem estudando a história da loucura desde a Antiguidade. Neste período os loucos apareciam circulando livres, tinham seu espaço de extraterritorialidade, mas faziam parte do cenário comum. O poder público intervinha apenas quando apareciam questões que envolvessem a proteção da sociedade.

A história da assistência psiquiátrica é descrita por Lancetti e Amarante (2006) os quais afirmaram que o marco que assinalou as grandes mudanças no processo de cuidar vieram no período pós Guerra –Mundial com as primeiras Reformas Psiquiátricas que ocorrem pioneiramente na Europa. Essa reforma ascendeu com metas de combate à exclusão e desvalorização, quebra do estigma do sujeito e seu transtorno mental.

A reforma psiquiátrica é norteadada pela mudança do modelo tradicional de assistência por um modelo humanizado, flexível, dinâmico, inclusivo e social. A Reforma Psiquiátrica Italiana serviu de modelo para as políticas públicas operantes no Brasil, baseada em pressupostos que propõe a desinstitucionalização como forma de mudança na assistência tradicional (BRASIL,2001).

Para Amarante (1995) a interpretação da loucura nem sempre foi a mesma ao longo dos tempos, tomando diversas denominações como loucura, alienação, doença mental, sofrimento psíquico, embora sejam termos que detêm o mesmo significado. A história da loucura vem passando por um cenário em constante mudança, tomando diversos conceitos e interpretações que se adéquam a uma trajetória temporal dentro de um contexto altercado às questões sociais.

O mundo da loucura é descrito por Oliveira (2002) como sendo o mundo da exclusão. Nesta época, precisamente em meados do século XVII, foi criado o Hospital Geral em Paris. Por toda a Europa foram construídas casas de internamento que tinham como finalidade esse espaço de acolhimento propostas de correção e reclusão dos internos.

Os transtornos mentais provocam uma alteração de humor no indivíduo que pode se traduzir na maneira de pensar, sentir e no comportamento. Muitos portadores desses transtornos sofrem desnecessariamente por serem mal compreendidos incorretamente diagnosticados, ou por falta de um tratamento adequado, na qual essa assistência devidamente prestada possibilitaria espaço de socialização recuperação e potencialidades na qualidade de vida(TAYLOR,1992).

Giovanella e Amarante (1994) afirmam que para colocar em evidência a desinstitucionalização era necessária a desconstrução do paradigma clássico, como um conjunto de aparatos em torno do objeto doença e da doença mental posta entre parênteses como subsídio para a substituição do processo de cura pelos meios de intervenção da saúde.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA NO CAPS

A maioria dos estudos sobre trabalho em equipe em saúde apresenta uma abordagem tecnicista, onde o trabalho de cada profissional é focado como atribuições, tarefas ou atividades específicas e, assim, a equipe multiprofissional é apresentada como um conjunto de profissionais que operam diferentes práticas, sobre uma realidade dada, em que as formas de articulação dos trabalhos específicos não é historicizada (PEDUZZI, 2001).

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS.

O modelo de gestão proposto pelo MS é o de gestão participativa e co-gestão, que pressupõe a construção de um projeto comum entre gestores instituídos, comunidade, trabalhadores e usuários. A co-gestão é uma diretriz ética e política para motivar e educar os trabalhadores. Este modelo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados onde o poder é compartilhado (BRASIL, 2006d).

Tendo em vista a necessidade de problematizar essa conceituação de trabalho em equipe no contexto da atenção psicossocial, apresentamos alguns conceitos e tipologias de trabalho em equipe, a partir dos estudos de Peduzzi, (2001) e Vasconcelos (2002).

Admitindo-se que o trabalho em saúde é coletivo, resultado da divisão histórica do trabalho e que essa remete a uma determinada (e relativa) autonomia técnica “concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários”, (PEDUZZI, 2001, p. 107) que, por sua vez, se articula com uma determinada valoração social atribuída aos diferentes trabalhos/trabalhadores e que legitima essa autonomia técnica – divisão social e técnica do trabalho -, apresentamos a tipologia de trabalho em equipe proposta por esta autora.

Equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Em ambas, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos [...] e tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva (p. 106).

Portanto, ao definirmos como meta o trabalho em equipe nos CAPS, não pode haver a pressuposição de uma idealizada homogeneização ou igualdade de saberes técnicos e valores sociais dos diferentes trabalhos profissionais, mas antes o enfrentamento dessas diferenças e desigualdades no processo cotidiano de trabalhar/cuidar. A equipe integração (PEDUZZI, 2001) é a requerida no trabalho de atenção psicossocial para buscar a necessária articulação das ações, a interação rumo a uma concepção menos conflituosa de intencionalidades e metas, ou, em outros termos, a superação do isolamento dos saberes.

Essa construção necessita ser apreendida como um processo dinâmico, assim, essa articulação requer um movimento consciente e ativo dos agentes para o reconhecimento das diferenças e desigualdades - diferenças técnicas entre as profissões que são hierarquizadas e disciplinadas por meio de valores e normas sociais, conforme Peduzzi (2001) e Oliveira (2006), porém sem esquecer que tais diferenças são igualmente históricas, e em determinados momentos podem perder seu sentido, exigindo novas mudanças.

Muitas vezes, as equipes multiprofissionais se constituem na modalidade agrupamento, como um conjunto de diferentes agentes, realizando processos de trabalho parcelares e especializados (com objetos, saberes e instrumentos distintos), sob a autoridade do saber e da prática do médico (PEDUZZI, PALMA, 2000; PEDUZZI, 2001; OLIVEIRA, 2006).

As equipes dos CAPS operam diferentes instrumentos de trabalho – recursos materiais (desde a própria estrutura física dos serviços), conhecimentos especializados das diferentes áreas profissionais, técnicas (oficinas artísticas, culturais, educativas, de geração de renda; grupos terapêuticos; consultas médicas, de enfermagem, psicologia,) e são, também elas próprias, simultaneamente meios/recursos e agentes do processo de trabalho. Nos CAPS, todos os agentes e meios necessitam ser coordenados para a finalidade de transformar o “objeto” de trabalho, os usuários dos CAPS, realizando a reabilitação psicossocial.

A atenção psicossocial apresenta especificidades e um grau de complexidade de âmbito operacional, de gestão, de concepção teórica de objeto e de finalidade do trabalho que necessitam ser considerados ao se buscar sua implantação. As equipes precisam de uma mínima coesão ideológica e ética (OLIVEIRA, SILVA, 2000). Tendo a equipe tal importância para o trabalho dos CAPS, uma vez que a inovação aí proposta se dá (ou não), conforme Malta, Merhy (2003), mediante a realização do “trabalho vivo em ato”, consideramos fundamental refletir sobre as condições a partir das quais este trabalho se realiza.

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

Para isso, é importante lembrar que o CAPS precisa estar inserido em uma rede articulada de serviços e organizações que se propõem a oferecer um continuum de cuidados. É importante ressaltar que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência no CAPS, podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, ao seu território reconstruído e re-significado.

Metodologia

Esta pesquisa foi fundamentada através de uma revisão integrativa em agosto de 2015, através da base de dados SCIELO. Foram utilizados os termos “Saúde mental, Acesso a serviços de saúde, para a realização da coleta dos artigos relativos ao assunto. Como critério de inclusão foram utilizados os trabalhos que abordavam a saúde mental, como partícipe no processo os serviços de saúde, e foram utilizados como critérios de exclusão os trabalhos que não se enquadravam na referente revisão.

O desenvolvimento do trabalho foi realizado no ano de 2015 e foram analisadas 18 produções e, através da leitura dos resumos que abordavam assuntos relevantes sobre o conteúdo trabalhado; sendo assim, foi possível selecionar 6 produções referentes ao tema em desenvolvimento. Os trabalhos escolhidos foram organizados numa tabela contendo o tema, os autores e o ano da publicação.

Resultados e Discussão

O presente estudo utilizou como método a revisão integrativa da literatura, a qual tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática. Os objetivos da pesquisa foram buscar conhecimentos sobre: Acesso a Serviços de Saúde Mental: Uma revisão Integrativa da Literatura Científica; tendo estabelecido como critérios de inclusão: Saúde mental, Acesso a serviços de saúde, Português, a busca das literaturas realizou-se em Agosto de 2015 indexadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), todos em Português. “Foi utilizado o cruzamento do descritor “estudantes de enfermagem” com a palavra-chave” Enfermeiro”, por não se tratar de um descritor.

Quadro 1 – Acesso a Serviços de Saúde Mental: Uma revisão Integrativa da Literatura Científica – Portal LILACS.

Títulos	Autores	Ano
A Agência Nacional de Saúde e a Política de Saúde Mental no Contexto do Sistema Suplementar de Assistência à Saúde: avanços e desafios.	Rachel Torres Salvatori Carla A. Arena Ventura	2012

Urbanização e acessibilidade como critérios na avaliação de serviços públicos de saúde mental	Sabrina Martins Barroso	2011
O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental	Leandro Barbosa de Pinho1 Antonio Miguel BañonHernández Luciane Prado Kantorski3	2009
Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária.	Roselma Lucchese Alice Guimarães Bottaro de Oliveira Marta Ester Conciani Samira Reschetti Marcon 1	2009
Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde	Olivia Pala Falavina1, Monique Borba Cerqueira2	2008
Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG	Graziella Lage Oliveira Waleska Teixeira Caiaffa Mariangela Leal Cherchiglia	2008

Conclusão

Com base no material bibliográfico consultado, foi possível observar que o método mais utilizado nos processos avaliativos nos serviços de saúde mental foi o de natureza qualitativa de segunda geração. Apenas uma ou duas dimensões de qualidade foram avaliadas. Este estudo mostrou que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental está relacionada a diferentes fatores, como estrutura física; compreensão dos profissionais acerca das diferentes carências do usuário; capacitação dos profissionais; relação dos profissionais com os usuários; interação com a família; entendimento acerca da aplicabilidade de políticas públicas nos serviços e integração da rede de atenção primária à saúde, de acordo com que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde em que a atenção básica à saúde deve ser resultado da integração entre os diferentes serviços, como hospitais, ambulatórios de especialidades, Caps e outros.

Esses quesitos mostraram ser fundamentais para uma melhor qualidade do atendimento e para responder às necessidades individuais dos usuários, uma vez que são dimensões inter-relacionadas. Embora os resultados deste estudo sejam relevantes, é fundamental considerar algumas limitações resultantes de processos avaliativos em serviços de saúde mental identificadas nos estudos incluídos na revisão, como: falta de organização dos serviços de saúde mental na rede de atenção psicossocial; falta de interação da equipe com os usuários e familiares; dificuldade dos trabalhadores em interagir com os familiares; falta de informações a familiares e usuários acerca das políticas públicas de saúde mental, como horários de funcionamento dos Caps e disponibilização de medicamentos no próprio serviço; e informações à população, que, em geral desconhece o trabalho realizado e por isso não busca tratamento no Caps.

Ressalta-se como limitação desta pesquisa o reduzido número de estudos que avaliam os serviços de saúde mental voltados para a avaliação de quarta geração e de forma tridimensional, já que verificou ser a melhor forma de avaliação e uma possibilidade para realização em serviços de saúde mental. Em relação aos Caps, considerados serviços especializados em saúde mental voltados ao tratamento de uma população que apresenta grande vulnerabilidade social, torna-se necessário detectar as fragilidades dessa modalidade de serviço, de modo a corrigi-las para promoção da melhor assistência em saúde e reabilitação psicossocial.

Os trabalhos incluídos nesta revisão integrativa, predominantemente da literatura internacional, apresentaram como potencialidade a melhoria da qualidade da atenção à saúde nos Caps. Neles, ficou evidenciada a concordância, por parte dos profissionais, usuários e dos familiares, de que é uma modalidade de tratamento eficaz no transtorno mental. Espera-se, com este estudo, incentivar os profissionais de saúde dos serviços de saúde mental a realizarem pesquisas de intervenção, utilizando teorias do processo de avaliação de qualidade que respaldem sua aplicação, assim como desenhos metodológicos com maior nível de evidência. Tais trabalhos contribuirão para avaliar a política local, e, conseqüentemente, a elaboração de novas ações que ampliem a atenção às pessoas com transtorno mental, bem como sua adesão ao tratamento, no sentido de promover a sua reinserção psicossocial.

Referências

Amarante, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

AMARANTE, P. (org.) **Asilos, alienados e alienistas. In: ____.** **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 73-84.

AMARANTE, P. **O paradigma psiquiátrico. In: ____.** **O homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p. 39-67.

Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

Brasil. **Resolução COFEN - 194, de 18 de fevereiro de 1997,** Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1997.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas Práticas de produção da saúde.** 2. ed. Brasília, DF, ed. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS DE A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 2. ed. Brasília, DF. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde**

Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.** 2ª edição. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: 2006b.

Bonato VL. **Gestão em Saúde: Programas de Qualidade em Hospitais.** São Paulo: Ícone; 2007.

CAMPOS, G. S. W. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

FURTADO, J.P.; ONOCKO-CAMPOS, R.A. **Participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada.** In: **ONOCKO-CAMPOS, R.; et al. (Org). Pesquisa avaliativa em saúde mental.** São Paulo: Hucitec, 2008. p. 231-248.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços.** São Paulo: Atlas. 1995. 286 p.

Saúde Mental e Economia Solidária: **Inclusão Social pelo Trabalho.** Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde. Coleção: Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização: documento base.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

Teixeira JMC. **Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação.** In: Machline C, et al. O hospital e a visão administrativa contemporânea. 2a ed. São Paulo: Pioneira; 1989. 2.

Paganini JM, Novaes HM. **Garantia de qualidade – acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe.** Brasília: OPAS; 1992. [OPAS – Série Silos, 13].

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/04.pdf> Acessado em 09/07/2015

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços**. São Paulo: Atlas. 1995. 286 p.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf Acessado em 09/07/2015 O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(5):319-331.

MALTA, D. C; MERHY, E.E. **A micropolítica do trabalho em saúde. Revendo alguns conceitos**. Revista Mineira de Enfermagem. v. 7, n. 1, p. 61-6. jan-jul/2003. Belo Horizonte-MG.

MONNERAT, Giselle Lavinias; et al. **Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família**. In: BRAVO, Maria Inês Souza, et al (Orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 97-116.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 383 f. [Tese]– Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1995.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MOTTA, F. C. P.; - **Teoria Geral da Administração: uma introdução**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning 2002.