UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Elisangela Böing

O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA INCURSÃO PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS.

FLORIANÓPOLIS
2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Elisangela Böing

O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA INCURSÃO PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Profª. Drª. Maria Aparecida Crepaldi

FLORIANÓPOLIS
2009

Elisangela Böing

O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 27 de março de 2009.

Dr. Narbal Silva
(Coordenador - PPGP/UFSC)

Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP/UFSC-Orientadora)

Dra. Magda Dimenstein
(UFRN-Examinadora)

Dra. Carmen L. O. Ocampo Moré
(PPGP/UFSC-Examinadora)

Dra. Jadete Rodrigues Gonçalves
(PSI/UFSC-Suplente)

Dedico este estudo a todas as pessoas que acreditam no potencial do SUS e que, de alguma forma, lutam para a sua consolidação efetiva. Que este estudo possa lhes oferecer novos desafios.

AGRADECIMENTOS

Aos meus grandes incentivadores: meus pais, Edvino e Ivete; e meus irmãos, Eloise e Wagner, que sempre se fizeram presentes. Com cada um deles, aprendi a persistir e acreditar na realização de cada meta sinceramente proposta.

Ao Gil, por estar sempre ao meu lado; pelo carinho; pela compreensão; pelo incentivo e participação no percurso da realização de meus projetos profissionais.

À Professora Drª Maria Aparecida Crepaldi, pela sua doce e instrutiva companhia ao longo de toda a minha trajetória de formação profissional; pelas constantes e imprescindíveis orientações e trocas; pelas palavras de reconhecimento e incentivo.

À Professora Drª Carmen L. O. O. Moré, com quem muito tenho aprendido sobre o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar na e com a comunidade, através do (re)conhecimento do potencial da psicologia no contexto da saúde pública. Pela sua generosidade em compartilhar experiências.

Aos membros da Banca, que prontamente aceitaram o convite e se dispuseram a oferecer seu tempo e seu trabalho para contribuir com o aprimoramento deste estudo e de suas reflexões.

A ausência de uma proposta única e coerente de atuação e de uma solidez política na profissão impede que a Psicologia se utilize da fluidez das diretrizes do SUS para consolidar um modelo de trabalho que espelhe um comprometimento com os ideais democráticos da reforma sanitária e com a cidadania dos usuários. A consolidação da Psicologia como uma profissão de saúde pública representa uma crença em sua potencialidade como instrumento de transformação e o reconhecimento de fatores subjetivos, emocionais, enfim, da história e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população. Contudo, esse discurso ainda não repercutiu significativamente na cultura profissional e leiga que permeia a atuação do psicólogo, já que as mudanças nos padrões de atuação ainda não são consistentes o suficiente para mudar as feições da prática psicológica no Brasil.

(Oliveira et al.,2005)

RESUMO

Esta pesquisa buscou ampliar a compreensão da inserção dos psicólogos no Sistema Único de Saúde através da análise das políticas públicas, visando reunir subsídios para as discussões do papel do psicólogo e conquista de espaço no primeiro nível de atenção. Utilizou-se o método de pesquisa documental com objetivo de identificar em que medida e de que forma as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental contemplam a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde no Brasil. Para tanto, buscou-se caracterizar, através das políticas públicas de saúde atuais, o modelo de atenção preconizado e em quais locais/ níveis de atenção o psicólogo é incluído. Foram utilizados documentos oficiais disponíveis no *site* do Ministério da Saúde/ Governo Federal. A primeira etapa de seleção totalizou 964 documentos. Na segunda etapa, através da leitura e busca de palavras-chave, foram selecionados 113 documentos. Estes foram então classificados em sete categorias temáticas, sendo selecionados, nesta etapa, apenas os documentos pertencentes à categoria "diretrizes" (65 documentos). Na quarta etapa, foram selecionados, pelo critério de relevância, os documentos com conteúdo relacionado ao tema de pesquisa (50 documentos). Para análise do conteúdo, foram utilizados os documentos que respondiam ao problema de pesquisa (24 documentos). De forma geral, constatou-se que as políticas públicas tratam da inclusão do profissional de psicologia nas equipes de saúde em um número reduzido de documentos (14 dos 964 pesquisados) e que nestes há uma prevalência de inclusão nos níveis secundário e terciário de atenção. No modelo de atenção preconizado, a relação que o profissional de psicologia estabelece com a Atenção Básica, segundo os documentos, se dá através do modelo de apoio matricial às equipes de saúde da família. Entretanto, identificou-se que este se configura em atuação de nível secundário. Assim, concluiu-se que a configuração das políticas públicas de saúde, em si, não favorecem a efetivação de uma atuação do psicólogo condizente às demandas da atenção básica. Ressalta-se a necessidade da presença do profissional de psicologia nos três níveis de atenção. Entende-se que sistema de saúde deveria contar com psicólogos nas Unidades Locais de Saúde, inserido nas equipes de saúde da família, desenvolvendo um trabalho interdisciplinar voltado à atenção integral à saúde; e psicólogos especialistas locados nos núcleos e centros de níveis secundário e terciário.

Palavras-chave: psicólogo; políticas públicas de saúde; atenção básica; saúde mental; estratégia saúde da família; SUS.

ABSTRACT

This research aimed to increase the understanding of the psychologists' integration in the Unified Health System through the analysis of public health policies, to collect subsidies to discuss the inclusion and role of the psychologist on Primary Care. It was used the method of documentary research in order to identify to what extent and how the Public Health Policy and Mental Health include the work of psychologist on basic health care in Brazil. Thus, it was characterized the model of care advocated and locations / levels of care the psychologist is included. Were used official documents available on the website of the Ministry of Health/ Federal Governement. The first stage of selection totaled 964 documents. In a second step, through the reading and search for keywords, 113 documents were selected. These were then classified into seven thematic categories, being selected at this stage, only documents belonging to category "guidelines" (65 documents). Then, in a fourth step, were selected the documents with relevant content to the subject of research (50 documents). For the content analysis, were used the documents that responded to the research question (24 documents). In general, it was found that public health policies address the inclusion of professional psychology in the health care teams in a small number of documents (14 out of 964 searched) and that there's a prevalence of its inclusion on the secondary and tertiary health care levels. In the model of care recommended, the relationship that professional psychology establishes with the Primary Care, according to the documents, is given by the matricial support in the Family Health teams. However, it was identified that matricial support model is configures itself as secondary level practices. Thus, it was concluded that the configuration of public health policies, in itself, don't conducive to effective psychologist performance that answers the primary care demands. It also emphasized the importance of professional psychology on three health care levels. It is understood that the public health care system should have psychologists in Local Health Units, inserted in the health care family teams, developing an interdisciplinary work focused on integral health attention; and psychologists in the nuclei and centers of secondary and tertiary health care levels.

Keywords: psychologist; public health policies; primary care; mental health; health care family strategy; SUS.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1: Diagrama ilustrativo das quatro etapas de seleção dos documentos e das duas etapas de análise de conteúdo..... 61

Figura 2: diagrama ilustrativo da primeira etapa do processo de seleção dos documentos.....64

Tabela 1: Número de documentos de acordo com a classificação proposta no *site* do MS..... 65

Tabela 2: Documentos que apresentaram relação com o tema de pesquisa.....66

Tabela 3: Distribuição numérica dos documentos de acordo com as categorias temáticas.....69

Tabela 4: Número de documentos utilizados na análise de conteúdo (na íntegra ou por trechos) de acordo com sua classificação geral.....71

Tabela 5: Tabela dos documentos que tratam da inclusão do psicólogo na equipe de saúde de acordo com a sua classificação; com o nível de atenção e o número de locais diferentes em que inclui o psicólogo.....102

LISTA DE SIGLAS

AIS: Ações Integradas de Saúde

APA: Associação Psicológica Americana

CAPs: Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS/NAPS: Centros/ Núcleos de Atenção Psicossocial

CFP: Conselho Federal de Psicologia

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CONASP: Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FAS: Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

HCTP: Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IAPs: Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS: Lei Orgânica da Previdência Social

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

MS: Ministério da Saúde

NAD/CAD: Núcleo/ Centro de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

OMS: Organização Mundial de Saúde

PACS: Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNASH: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PPA: Plano de Pronta Ação

PRH: Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica

PRISF: Programa de Residência Integrada em Saúde da Família

PSF: Programa de Saúde da Família

PVC: Programa de Volta pra Casa

SAI-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SHR-ad: Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIH/SUS: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SM: Saúde Mental

SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos

SUDS: Sistema Integrado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

ULS: Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....06
ABSTRACT.....07
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....08
LISTA DE SIGLAS.....09

1. INTRODUÇÃO **14**
1.1 Apresentação do Tema 14
1.2 Pressupostos 16
1.3 Problema de Pesquisa 17
1.4 Justificativa 18

2. OBJETIVOS **18**
2.1 Objetivo Geral 18
2.2 Objetivos Específicos 19

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **19**
3.1 ABORDAGEM TEÓRICA: O PENSAMENTO SISTÊMICO 19
3.2 MUDANÇAS NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE 21
3.2.1 Modelos de Compreensão do Binômio Saúde-Doença 21
3.2.2 Atenção à Saúde Atual – Transição de Modelos 23
3.3 ASPECTOS HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS 25
3.3.1 Delineamentos da História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil 25
3.3.2 Reforma Sanitária 27
3.3.3 Reforma Psiquiátrica 29
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ATUAIS 32
3.4.1 Sistema Único de Saúde 32
3.4.2 Política Nacional de Atenção Básica 36
3.4.3 A Proposta de Equipes Matriciais 38
3.4.4 Política de Saúde Mental 40

3.5 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA 42
3.5.1 Contribuições da Psicologia na Atenção Básica 42
3.5.2 Inserção e Distribuição Atual do Psicólogo nos Serviços de Saúde 51
3.5.3 A Atuação do Psicólogo na Saúde Pública – Situação Atual e Desafios 52

4. MÉTODO 58
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 58
4.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS 60
4.2.1. Primeira Etapa: Seleção inicial dos documentos..... 62
4.2.2. Segunda Etapa: Seleção dos documentos relacionados ao tema da pesquisa .. 65
4.2.3. Terceira Etapa: Classificação dos documentos de acordo com o conteúdo 67
4.2.4. Quarta Etapa: Seleção dos documentos com conteúdo que apontam para uma caracterização do modelo de atenção e que fazem referência ao psicólogo.....70
4.3. ANÁLISE DOS DADOS 70

5. RESULTADOS 72
5.1. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS COM OBJETIVO DE CARACTERIZAR O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE 72
5.1.1. Atenção Básica – estratégia de saúde da família 73
5.1.2. Saúde Mental: mudança de modelo 74
5.1.3. Saúde Mental: serviços substitutivos – SRT, CAPS 76
5.1.4. Saúde Mental: apoio matricial 81
5.1.5. Saúde Mental nos planos nacionais 89
5.1.6. Saúde Mental: relatório de gestão 94
5.1.7. Síntese dos resultados: caracterização da assistência em saúde 99
5.2. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS QUE TRATAM DA INCLUSÃO DO PSICÓLOGO NA EQUIPE DE SAÚDE..... 101
5.2.1. Atenção à Saúde em Geral 104
5.2.2. Atenção Básica 106
5.2.3. Atenção Secundária 107

5.2.4. Atenção Terciária 109

6. DISCUSSÃO 111

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 119

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 123

9. APÊNDICES 130

APÊNDICE 1: Lista dos 50 documentos que apresentam conteúdo que apontam para uma caracterização do modelo de atenção e/ou que fazem referência ao psicólogo, organizada de acordo com a sua classificação geral. 131

APÊNDICE 2: Lista dos 24 documentos, dispostos de acordo com a classificação geral, utilizados na análise de conteúdo com objetivo de caracterizar a assistência à saúde especificamente com relação à atenção básica e saúde mental.....135

APÊNDICE 3: Referências bibliográficas dos 24 documentos (listados no apêndice 2)...138

APÊNDICE 4: Referências bibliográficas dos 14 documentos utilizados na análise de conteúdo com objetivo de caracterizar a assistência à saúde especificamente com relação à atenção básica e saúde mental. 142

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

Os psicólogos brasileiros têm atuado na área da saúde desde a década de setenta, sobretudo na atenção terciária, no que tem sido denominado Psicologia Hospitalar. Mas a prática psicológica no contexto da atenção primária à saúde hoje no Brasil pode ser considerada ainda em construção, devido ao pouco tempo de inserção do psicólogo neste espaço. Estudos sobre a caracterização da atuação do psicólogo neste contexto mostram, de forma geral, uma atuação ineficiente em função da transposição do modelo clínico tradicional sem a necessária contextualização que o cenário da saúde pública requer. Sendo assim, os profissionais de psicologia enfrentam o grande desafio de redimensionamento de suas práticas. A necessidade é de uma complementação e superação da formação acadêmica no sentido de uma flexibilização das tecnologias de maneira efetiva para o desenvolvimento de práticas psicológicas condizentes com esse contexto de atuação.

No cenário atual, as políticas públicas brasileiras de saúde são organizadas e regidas pelas leis do Sistema Único de Saúde (SUS), criado na Constituição Federal de 1988, leis nº 8.080 e 8.142. A atenção básica à saúde orienta-se pelos princípios do SUS: 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. No contexto da Atenção Básica vem se concretizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), também conhecida como "Programa de Saúde da Família" (PSF), proposta em 1994, como um modelo de atenção substitutivo ao modelo biomédico (tradicional, indivíduo-centrado) (Brasil, 1990, 1998, 2006).

Cabe esclarecer o uso dos termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária". O primeiro tem um sentido mais amplo, compreende ações integrais que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estas ações correspondem à prática de vigilância da saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do SUS, cuja efetivação é buscada através da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2006). Sendo assim, o termo "atenção básica" é

empregado particularmente no contexto da Saúde Pública do Brasil. Já o termo "atenção primária" é internacionalmente utilizado e tem significado mais restrito, relacionado à saúde coletiva em ações de promoção e prevenção. Neste trabalho, os termos serão utilizados como sinônimos considerando que será abordada apenas a saúde coletiva brasileira e que nesta, o primeiro nível de atenção compreende ações integrais e tem a função de organizar todo o sistema de saúde.

Neste contexto das políticas públicas de saúde atuais, da Estratégia de Saúde da Família e da atuação de equipes interdisciplinares na Atenção Básica surge o tema desta pesquisa: a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde. Cabe ressaltar, entretanto, a necessidade da presença do profissional de psicologia nos três níveis de atenção. Assim como acontece com enfermeiros e médicos: tem-se o clínico geral na Unidade Local de Saúde e os demais especialistas nos hospitais e outras instituições de nível secundário e terciário, todos com papéis definidos.

Fruto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS abre portas para novos atores nas equipes de saúde. Para os psicólogos, pela sua relativa recente inserção no setor saúde – década de noventa – ainda não há uma definição clara do seu papel em cada um dos níveis de atenção, resultando em desconhecimento das possibilidades de atuação.

Essencialmente, a atuação na Atenção Básica se caracteriza pelo desenvolvimento de um trabalho da equipe de saúde "na e com a comunidade" através do modelo da vigilância da saúde, focando, sobretudo, ações de promoção à saúde, trabalhando também com prevenção e atenção curativa.

Não há, na prática, um local definido para o psicólogo no nível primário de atenção, fazem parte da equipe mínima de saúde da família apenas o enfermeiro e o médico (clínico geral), considerando profissionais de saúde de nível superior, sendo que a presença do odontólogo é garantida pela determinação da existência de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família. Movimentos recentes da categoria dos psicólogos promoveram discussões acerca do papel do profissional de psicologia na saúde pública, se este deve constituir equipes matriciais de apoio às equipes de saúde da família ou ser incluído nestas equipes e atuar segundo a Estratégia de Saúde da Família, na Unidade Local

de Saúde. Propostas recentes do Ministério da Saúde apontam para o modelo de equipes matriciais, o que inclui a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O que se evidencia, muitas vezes, nessas discussões, é a falta de conhecimento, por parte dos gestores, dos demais profissionais de saúde, dos próprios psicólogos e de seus representantes, a respeito do potencial das contribuições da psicologia no nível primário de atenção e, sobretudo dos aspectos essenciais que caracterizam um trabalho neste nível.

1.2 PRESSUPOSTOS

Este estudo tem por base epistemológica a perspectiva do pensamento sistêmico que permite uma compreensão da complexidade dos fenômenos que compõem a realidade. Através desta epistemologia, entende-se que são muitos os fatores que interagem recursivamente para a atual situação da psicologia na saúde pública, indefinida e insatisfatória, sobretudo na Atenção Básica.

Um dos fatores mais debatidos refere-se à formação insuficiente dos psicólogos e demais profissionais de saúde para atuar no primeiro nível de atenção, no sentido de que a formação não acompanhou as demandas do psicólogo nos diferentes contextos de trabalho, dentre eles, o contexto da atenção básica à saúde. Para responder a esta questão foram estabelecidas parcerias, em várias regiões do país, entre Ministério da Saúde, Universidades e Prefeituras Municipais (Secretarias Municipais de Saúde) para a criação de Cursos de Especialização e Residências em Saúde da Família com o objetivo de capacitar profissionais de saúde, dentre eles o psicólogo, para o desenvolvimento de um trabalho em conformidade ao modelo da Estratégia de Saúde da Família.

O que se percebe, na prática, é que os profissionais, mesmo após dois anos de formação e treinamento específicos, como é o caso das Residências Multiprofissionais, encontram-se em situação indefinida e insatisfatória na atenção básica, pois não encontram espaço e condições para desenvolverem um trabalho condizente ao novo modelo de atenção à saúde que se pretende efetivar. Esse impasse ocorre, sobretudo, com profissionais "não tradicionalmente incluídos" no setor saúde, como é o caso do psicólogo. Enfermeiros, médicos e odontólogos contam com um espaço garantido historicamente que lhes permite

uma atuação em conformidade ao que se espera no primeiro nível de atenção à saúde**.** Cabe esclarecer que o referido "espaço" diz respeito ao "campo da Atenção Básica", ou seja, à Unidade Local de Saúde e a comunidade de sua área de abrangência. E a "condição" primordial que falta aos psicólogos é a condição de fazer parte de uma equipe de saúde interdisciplinar; é a condição, portanto, de ter a possibilidade de assumir o papel de "profissional de saúde" como os demais e não exclusivamente de um "especialista" na atenção especializada.

Frente a esta situação, embora os cursos de formação e treinamento sejam estratégias fundamentais para a atuação dos profissionais de saúde de acordo com o novo modelo de atenção, não podem ser tomados como medidas únicas, uma vez que uma mudança de modelo – que implica em uma mudança paradigmática – é um processo complexo que envolve muitos fatores inter-relacionados.

Uma questão importante que pode estar diretamente relacionada à situação da psicologia na saúde pública diz respeito ao aspecto histórico do movimento sanitário – que implicou na mudança de modelo de atenção à saúde – e o movimento antimanicomial, uma vez que ambos se formaram na mesma época, mas com encaminhamentos em paralelo.

A experiência prática da pesquisadora na Atenção Básica à Saúde, ao longo de dois anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UFSC) e achados da literatura permitem pressupor que há uma dicotomia entre as políticas públicas de saúde e de saúde mental, tanto nas suas histórias como nas suas caracterizações atuais, que contribui para a situação indefinida e insatisfatória da psicologia na saúde pública, em especial na atenção básica.

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Uma vez que a questão da formação do psicólogo (ainda descontextualizada para atuação na saúde pública) tem sido bastante discutida e de certa forma, encaminhada (com a criação dos cursos de especialização e residência e propostas de reformas curriculares), surge o questionamento a respeito de que outros fatores estão envolvidos na configuração da situação insatisfatória da psicologia na saúde pública. Entende-se que a conquista de

espaço e definição de papéis para uma atuação eficiente passa, necessariamente, pelas políticas públicas, sendo, portanto, este o foco eleito para o desenvolvimento desta pesquisa através da seguinte pergunta: "Em que medida e de que forma as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental contemplam a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde no Brasil?"

1.4 JUSTIFICATIVA

O estudo da atuação do psicólogo na Atenção Básica através da investigação das políticas públicas vem preencher uma lacuna nas pesquisas científicas a respeito desta temática que, na sua maioria, são de caracterização da atuação do psicólogo com resultados que apontam para uma ação insuficiente para atender a demanda neste campo de atuação, que está relacionada à formação. Assim, este estudo contribuirá para a ampliação da compreensão da atual situação da psicologia na saúde pública através da análise de aspectos históricos e atuais das políticas de saúde.

Além da contribuição científica, o estudo também apresenta relevância social no sentido de que poderá reunir subsídios concretos para profissionais de saúde e gestores, nas discussões sobre as atribuições/ competências do psicólogo no primeiro nível de atenção à saúde, auxiliando na conquista de espaço e condições adequados a uma atuação condizente às demandas da população no contexto da Atenção Básica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar em que medida e de que forma as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental contemplam a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Verificar a relação entre as políticas públicas de saúde e de saúde mental, historicamente e na atualidade.
- Caracterizar as políticas públicas atuais de saúde, particularmente: a política nacional de atenção básica, a proposta do modelo de equipes matriciais e a política de saúde mental.
- Caracterizar o modelo de atenção à saúde preconizado pelas políticas públicas.
- Caracterizar a atuação do psicólogo na Atenção Básica: situação atual e propostas de atuação.
- Identificar nas políticas de saúde, em que nível de atenção o psicólogo é incluído e quais os locais de atuação deste profissional.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ABORDAGEM TEÓRICA: O PENSAMENTO SISTÊMICO

Este trabalho tem como base teórica o pensamento sistêmico enquanto epistemologia, por entender que seus pressupostos fundamentais – complexidade, instabilidade e intersubjetividade – permitem a compreensão da complexidade do processo saúde-doença e a reflexão sobre a atuação do psicólogo na área da Saúde.

Segundo o pensamento sistêmico tudo no Universo está interligado através de um emaranhamento de ações, interações e retroações. Este é o princípio básico da epistemologia da complexidade desenvolvida por Morin (1996). Segundo o autor, não se trata de um pensamento que "abre todas as portas", não é onisciente, pois sabe que sempre é local, situado em um tempo e momento, não é completo, pois sabe de antemão que sempre há incertezas. Assim, ao adotar o ponto de vista da complexidade, sabe-se que é impossível adotar uma visão onisciente dos fenômenos e que o caminho possível é a construção de "metapontos de vista" – limitados e frágeis – requisito que diferencia o pensamento simples, que acredita em verdades, em realidade independente do observador,

e o conhecimento complexo que aponta para a necessidade da “curva auto-observável” do observador-conceituador sobre si mesmo.

Através do pressuposto da complexidade busca-se a contextualização dos fenômenos e o reconhecimento da causalidade recursiva. A recursividade refere-se a uma causalidade complexa que pode ser representada por uma espiral em que os efeitos e produtos de uma ação são necessários ao próprio processo que os gera, eles “retornam” a situação que lhes produziu, reforçando-a, quer dizer, gerando processo de produção, sempre num patamar diferente do anterior (Esteves de Vasconcellos, 2003, p. 116).

Uma vez que se reconhece a causalidade recursiva dos fenômenos e que a busca da compreensão dos mesmos deve ser de forma contextualizada, então, entende-se que o mundo está em processo dinâmico de constantes transformações, conferindo aos fenômenos, uma imprevisibilidade. O pressuposto da intersubjetividade, por sua vez, reconhece que não há uma realidade independente do observador e que o conhecimento científico é construção social, em espaços consensuais, por diferentes sujeitos/observadores (Esteves de Vasconcellos, 2003, 2005).

Assim, entende-se que a epistemologia sistêmica se mostra adequada a este estudo por permitir a contextualização e o reconhecimento da interação recursiva de diversos fatores na composição da atual situação da Psicologia na Atenção Básica à Saúde, dentre eles: formação do profissional de psicologia; posição política dos psicólogos e, sobretudo, de seus representantes (Conselhos Federal e Regionais de Psicologia e sindicatos dos psicólogos); aspectos históricos e configuração atual das políticas públicas de saúde.

O pensamento sistêmico se mostra, ainda, pertinente à abordagem da integralidade, princípio essencial das políticas públicas de saúde brasileiras que fundamenta a inserção do psicólogo nas equipes interdisciplinares. O princípio da integralidade determina que as ações devem voltar-se ao indivíduo de forma integral, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e o contexto em que está inserido. E que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas aos diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença através da promoção da saúde; prevenção de doenças e atenção curativa, o que

requer conhecimento e prática interdisciplinares e intersetorial (Brasil, 1990; Mendes, 1996; Santos & Westphal, 1999).

A abordagem qualitativa deste estudo se mostra condizente com a epistemologia sistêmica, entendendo que as pesquisas, isoladamente, não abarcam a totalidade da complexidade do fenômeno, mas representam recortes possíveis dos mesmos de forma que os resultados de diversas pesquisas, combinados, permitem uma visão ampla e contextualizada do fenômeno.

3.2 MUDANÇAS NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE

3.2.1 MODELOS DE COMPREENSÃO DO BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA

A compreensão a respeito do tema "saúde" está diretamente relacionada à cultura, ao contexto histórico e às condições concretas de existência e são as concepções sobre "saúde" e "doença" predominantes em uma sociedade que determinam as práticas de saúde adotadas. Um breve resgate histórico, do período final do século XVIII até os dias atuais, permite a visualização da evolução das concepções de saúde e correlação destas com as práticas de saúde. A escolha deste recorte se justifica em virtude de que as concepções e práticas de saúde desenvolvidas neste período ainda exercem influências marcantes na atualidade.

No final do século XVIII, após a Revolução Francesa, no contexto da crescente urbanização dos países europeus e consolidação do sistema fabril, aparece, com força crescente, a explicação social na causalidade das doenças, a causação social, relacionando-as com as condições de vida e trabalho das populações. Neste cenário e através do desenvolvimento das ciências sociais, surge a teoria social da medicina (o termo Medicina Social é datado de 1848) quando as condições sociais e econômicas ganham significativa importância pelo impacto que provocaram sobre a saúde e a doença e os programas de reforma da saúde abarcaram medidas sanitárias e de legislação trabalhista (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983).

Com as descobertas bacteriológicas, em meados do século XIX, a doença passa a ter seu agente etiológico, teoria unicausal, e as concepções sociais multicausais são descartadas, liberando a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos. A teoria unicausal torna-se insuficiente no início do século XX, quando, através de um processo denominado Revolução Vital, houve uma mudança no quadro de saúde da população caracterizado pela diminuição da mortalidade (pelo controle das doenças infecto-contagiosas) e aumento da morbidade (predominância de doenças crônico-degenerativas). Com este cenário, tem-se o nascimento da multicausalidade moderna (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983; Singer, Campos, & Oliveira, 1978**).**

O modelo multicausal evoluiu ao longo do século XX, por pelo menos três modelos de análise. O modelo da balança, no qual a saúde é entendida como equilíbrio entre fatores agentes e fatores hospedeiros, os fatores são tomados isoladamente, mostrando-se apenas uma reinterpretação do modelo unicausal. O modelo da rede de causalidade que considera interações recíprocas de múltiplos fatores, e para atuar sobre a doença bastava identificar na rede o componente mais frágil e intervir. E o modelo ecológico, considerado o mais elaborado do conceito de multicausalidade, cuja limitação está em não estabelecer uma hierarquia entre os processos biológicos e sociais (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983; Singer, Campos, & Oliveira, 1978**).**

A partir da década de sessenta, em meio à crise econômica e política, com a diminuição de gastos sociais do Estado, com os altos custos e baixa eficácia da medicina curativista/ hospitalar e a limitação dos modelos dominantes em explicar os diferenciais de saúde-doença entre os grupos sociais, surge o "modelo da determinação social da doença". Este modelo busca expressar a unidade do processo saúde-doença, a historicidade deste processo, bem como seu caráter duplo – biológico e social – reconhecendo a especificidade de cada um e analisando a relação que conservam entre si (Gutierrez & Oberdiek, 2001; Laurell, 1983).

3.2.2 ATENÇÃO À SAÚDE ATUAL – TRANSIÇÃO DE MODELOS

A atenção à saúde na atualidade encontra-se em uma fase de transição paradigmática uma vez que, embora se tenha um modelo abrangente de compreensão – o modelo da produção social da saúde – que busca abarcar a complexidade do processo saúde-doença, a formação científica e as práticas profissionais nesta área ainda são, predominantemente, pautadas no paradigma tradicional da ciência, através do modelo hegemônico da atenção médica, curativa, indivíduo centrada: o modelo flexneriano.

O modelo flexneriano reflete uma visão racionalista através da dicotomia mente-corpo; mecanicista, reducionista e determinista, buscando o conhecimento aprofundado do funcionamento das partes do corpo, formando especialistas, culminando na desumanização das práticas de saúde. A fragmentação do conhecimento em disciplinas diversas possibilitou um grande avanço dos saberes, contudo, paradoxalmente, o conhecimento fragmentado dificulta a compreensão do todo. A falência deste modelo se expressa no agravamento dos problemas de saúde da população e na incapacidade da ciência, das instituições e da sociedade de responderem de forma eficiente aos mesmos (Gomes, 1997; Spink, 2003).

Assim como a ciência em geral teve um grande avanço através do paradigma tradicional, na área da saúde, o modelo flexneriano de ensino propiciou um grande avanço teórico e tecnológico fundamental para a atualidade. E assim como a ciência tradicional encontrou seu limite através de seu próprio desenvolvimento, o modelo flexneriano também esbarrou em suas limitações a partir do momento em que se mostrou insuficiente para responder aos problemas de saúde da população. Uma limitação do conceito de saúde que adota; de produção de conhecimento e das possibilidades de intervenção: uma limitação, portanto, epistemológica.

A construção de um novo modelo e de um novo sistema de saúde que atenda às reais necessidades de saúde da população implica, portanto, em uma mudança no nível epistemológico que, no contexto desta discussão, pode ser dividida em mudança de três categorias fundamentais: da concepção do processo saúde-doença; do paradigma sanitário e da prática sanitária (Mendes, 1996; Santos & Westphal, 1999).

No modelo flexneriano, pautado na ciência tradicional, saúde é entendida como ausência de doença e as práticas de saúde são voltadas à prevenção de doenças e ações curativo-reabilitadoras. Trata-se, portanto, de uma concepção negativa – por manter o foco na doença – de um modelo que encontrou sua limitação por não conseguir responder à mudança no quadro de saúde da população, com a diminuição acentuada da mortalidade e acréscimo significativo da morbidade. Surge então novas concepções que relacionam saúde com condições de vida (Mendes, 1996).

A constatação de determinantes gerais da saúde foi o pano de fundo para a Organização Mundial da Saúde realizar a Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, no Canadá em 1986, onde foi subscrita por 38 países a "Carta de Ottawa" que apresentou a paz, a educação, habitação, renda, ecossistema saudável, conservação dos recursos, justiça social e a equidade como requisitos fundamentais para a saúde. Desde então, a promoção da saúde passou a ser considerada cada vez mais nas políticas públicas (Mendes, 1996).

A mudança de concepção que deve ser concretizada, portanto, é de uma concepção negativa de saúde, entendida como ausência de doenças (ainda fortemente presente) para uma concepção positiva de saúde, vista como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida da população. Não se fala, portanto, de saúde e doença como opostos, mas como um processo: "o processo saúde-doença".

Atreladas a esta mudança de concepção vêm as mudanças no paradigma sanitário e na prática sanitária. O paradigma flexneriano, que tem por base os pressupostos da ciência tradicional (simplicidade, estabilidade e objetividade) refletidos no mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização e tecnificação, privilegia o diagnóstico e a terapêutica e sustenta a prática sanitária da atenção médica, curativa e indivíduo-centrada. O novo paradigma sanitário tem como fundamento a teoria da produção social da saúde que busca uma compreensão contextualizada, identificada com os pressupostos da ciência novo-paradigmática (complexidade, instabilidade e intersubjetividade) e que requer, portanto, conhecimento e prática interdisciplinares e intersetorial.

A prática de saúde referenciada por um conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social é a vigilância da saúde. Esta prática compreende ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença em três grandes ações: promoção da saúde; prevenção de doenças e atenção curativa (Mendes, 1996; Santos & Westphal, 1999).

3.3 ASPECTOS HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Acontecimentos históricos sociais, políticos, econômicos e culturais marcaram a trajetória das políticas públicas no Brasil. Será apresentado, a seguir, um breve resgate da história das políticas públicas de saúde com destaque para dois movimentos importantes: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica.

3.3.1 DELINEAMENTOS DA HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Carvalho, Martin e Condoni Jr. (2001) dividem a trajetória das políticas de saúde em quatro principais tendências que acompanharam mudanças econômicas, socioculturais e políticas do país. O primeiro período diz respeito ao início do século XX até 1945 em que se evidencia o Sanitarismo Campanhista. O período de 1945 a 1960 é caracterizado como um período de transição. O modelo médico assistencial privatista se consolida até 1980 e o quarto período, hoje vigente, caracterizado como modelo plural.

Em linhas gerais, o Sanitarismo Campanhista se deu no período da Primeira República, quando a economia era voltada à agricultura: exportação do café. Os serviços de saúde pública eram dirigidos pela Diretoria Geral de Saúde Pública vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Havia grande preocupação em controlar doenças nos portos que prejudicavam as exportações e o médico Oswaldo Cruz, à frente dessa Diretoria, adotou o modelo das campanhas sanitárias através de um estilo repressivo de intervenção médica (Carvalho et al., 2001).

Com a lei Eloi Chaves (24/01/23), surge a assistência previdenciária e em cada uma das grandes empresas são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs). O

atendimento de saúde era garantido apenas aos trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada. Aqueles que não eram trabalhadores assalariados tinham que pagar por assistência particular ou, então, restava-lhes o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdia, pelos poucos postos de saúde municipais e estaduais e hospitais universitários (Carvalho et al., 2001).

Com a Revolução de 1930, ocorrem profundas mudanças no cenário nacional e internacional – Getúlio Vargas no poder, quebra da bolsa de Nova Iorque, longa crise do café e desvalorização deste produto no mercado interno – que acabaram por delinear uma nova economia: a indústria. O Estado assume um papel fortemente interventor sobre a sociedade e em 1933 delineia-se uma nova estrutura da Previdência Social: o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs), não mais organizado por empresa, mas por categoria de trabalhadores. Os recursos acumulados, sob controle do Estado, viabilizaram a industrialização. A centralização do poder pelo Estado é coroada com a criação do Ministério do Trabalho, em 1930. Neste mesmo ano é criado o Ministério da Educação e Saúde, com a função de coordenar ações de saúde de caráter coletivo (Carvalho et al., 2001).

No segundo período, de 1945 a 1960, período pós-guerra com altos índices de desemprego, desenvolve-se em vários países europeus a concepção do "Estado de Bem Estar Social", com aumento significativo dos gastos estatais nas áreas sociais. À esta reorganização de política social internacional, atendendo também aos interesses da política populista de Vargas, os técnicos da previdência começaram a formular um modelo alternativo de seguridade social. A Previdência Social passa a ter importância muito grande e serviu de instrumento eleitoral do Governo. A assistência médica previdenciária passa a consumir recursos cada vez mais significativos e a acelerada urbanização aumenta o contingente urbano e assalariado que pressiona por assistência médica. O aumento dos benefícios não foi acompanhado pelo aumento da receita e no início dos anos 60 instala-se a crise do Sistema Previdenciário. É promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) com objetivo de uniformizar os benefícios aos assegurados. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde que, na prática, apenas incorporou a estrutura do antigo Departamento

Nacional de Saúde. A dicotomia entre saúde pública e atenção médica individual persistia. No início dos anos 60 aumentam as insatisfações populares e reivindicações de reformas de base. Os impasses são acirrados e no contexto do golpe militar, em 1967, sob argumento de obter racionalidade financeira, o Estado intervém nos IAPs, unificando-os e formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), excluindo os trabalhadores e empregados da gestão da previdência, cabendo a estes, apenas contribuir. Junto à direção da previdência cresce a influência de três grupos: indústria farmacêutica, de equipamentos médicos-hospitalares e os proprietários de hospitais (Carvalho et al., 2001).

Com isso, no período de 1960 a 1980, o modelo médico assistencial privatista se torna hegemônico, apoiado pelo tripé: Estado (grande financiador econômico); setor privado nacional (prestador de serviços de assistência médica) e setor privado internacional (produtor de insumos, equipamentos e medicamentos). Com intuito de controlar a crise econômica, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), cabendo a este atendimento médico assistencial individualizado; e ao Ministério da Saúde, a execução de medidas e atendimentos de interesse coletivo. Com a criação do MPAS, são também criados o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para disponibilização de recursos para criação de hospitais e o Plano de Pronta Ação (PPA) para maior contratação do setor privado para prestação de serviço. No final da década de 70 ocorre o fim do "milagre econômico" e instala-se uma crise generalizada no país: perda do poder aquisitivo dos salários, intenso êxodo rural, aumento da população à margem da assistência à saúde. Neste contexto de insatisfação, intelectuais e políticos criticam o modelo político econômico praticado pela ditadura militar e na segunda metade da década de 70 crescem as discussões pela busca de reformas nas políticas de saúde e ganha corpo o movimento da Reforma Sanitária que reúne idéias da Medicina Comunitária e da Atenção Primária à Saúde (Carvalho et al., 2001).

3.3.2 REFORMA SANITÁRIA

Durante a segunda metade da década de setenta, com o reconhecimento de precariedade dos serviços de saúde, resultado de uma política de saúde excludente para os

menos favorecidos, baseada na lógica do lucro que beneficia de um lado os prestadores privados de assistência médica e de outro o chamado complexo médico-industrial (produtor de medicamentos e equipamentos), cresce a discussão pela busca de uma profunda reformulação deste sistema de saúde. Um processo de intensa luta político-ideológica através de forças democráticas propõe a mudança do sistema através do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática (Carvalho et al., 2001; Mendes, 1986; Silva, 1986).

Em 1980, com o regime militar ainda forte e procurando saídas oficiais para a crise da saúde, os Ministérios da Saúde e da Previdência Social apresentam o Prev-Saúde que acabou por se esvair por recuo do próprio governo federal por falta de recursos. Em seguida o regime implanta o "Pacote da Previdência" que estabeleceu o aumento da contribuição e instituiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). A segunda estratégia racionalizadora, principal desdobramento do PLANO CONASP foram as Ações Integradas de Saúde (AIS) que visavam evitar ações paralelas e simultâneas. Na evolução das estratégias de mudanças das políticas de saúde, o passo seguinte às AIS foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS). O país passa por uma transição democrática: da ditadura para a Nova República. Sob influência do movimento da Reforma Sanitária, em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) (Carvalho et al., 2001).

Um dos referenciais doutrinários da reforma Sanitária é o conceito ampliado de saúde. Fala-se dos determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e da inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer, esporte, terra e transporte. Saúde passa a ser compreendida como resultante da ação articulada desses diferentes

setores e o eixo integrador dos setores sociais com as políticas econômicas. Essa é a dimensão maior da Reforma Sanitária, o que exige o reconhecimento explícito da necessidade de mudanças nesses setores para que se possa melhorar os níveis de saúde. Outros dois referenciais doutrinários dizem respeito à saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a postulação de uma universalização com eqüidade. A partir destes marcos, a VIII CNS estabeleceu as bases para o reconhecimento da saúde como direito e cidadania na Constituição Federal de 1988 e à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) que propunha acesso universal e igualitário de qualquer pessoa a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde; gestão democrática do sistema de saúde e garantia de resolubilidade por parte dos serviços, propondo, ainda, profunda mudança no papel de intervenção do Estado na saúde (Machado, 2007; Mendes, 1986; Silva, 1986).

No período de 1990 a 2001, para efetiva implantação do SUS, ocorre a elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional – as Leis Orgânicas da Saúde (leis 8080 e 8142) – que detalharam os princípios e diretrizes gerais e de organização e funcionamento do Sistema. Complementarmente, foram elaboradas várias Normas Operacionais do SUS (NOB-91, NOB-92, NOB-93, NOB-96, NOAS-2001 e NOAS-2002) com objetivo de regulamentação das políticas de saúde (Baptista, 2007; Carvalho et al., 2001).

3.3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A antipsiquiatria surgiu na década de 60, na Inglaterra. Suas referências culturais são ricas e diversas, como a fenomenologia, o existencialismo, a obra de Michael Foucault, determinadas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americana e, em outro nível, a psicanálise e o marxismo. A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o poder do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge assim, um novo projeto de comunidade terapêutica. As contribuições de Foucault, Basaglia, Cooper, Goffman, foram decisivas para uma mudança na postura frente ao doente mental, sobretudo nos países europeus (Amarante, 2003; Silva, 1988).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos: nos governos federal, estadual e municipal; nas universidades; no mercado dos serviços de saúde; nos conselhos profissionais; nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares; nos movimentos sociais; e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005a).

Amarante (2003) considera que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como seu catalisador o episódio que ficou conhecido como a "Crise da DINSAM", que era a Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas em saúde mental e também pela administração das quatro unidades federais instaladas no Rio de Janeiro. Os profissionais destas unidades deflagraram uma greve por melhores condições tanto de trabalho como de melhores condições de assistência aos pacientes. Segundo o mesmo autor, o movimento da Reforma Psiquiátrica, ao ter seu início pautado em questões de ordem trabalhista e de denúncias da política de saúde mental, acabou oscilando entre um projeto de transformação psiquiátrica e um projeto de organização corporativa.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do movimento sanitário, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de

novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005a).

No contexto internacional, vale destacar a "Declaração de Caracas" (1990). Este documento marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Suas diretrizes operacionais apontam para a reversão do modelo de atenção para base comunitária, no nível primário de atenção à saúde, o que implica em uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços. Como participante desta Conferência, o Brasil assumiu o compromisso de desenvolver programas que viessem a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Em 2005 foi publicado, pelo Ministério da Saúde, o documento "Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil" (Brasil, 2005a). Este documento descreve toda a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil e as suas implicações nas políticas de saúde mental, dividindo-a em três grandes períodos. De 1978 a 1991, com a crescente crítica ao modelo hospitalocêntrico. De 1992 a 2000, com o início da implantação da rede extra-hospitalar composta por serviços, tais como: Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) que se constituem em serviços ambulatoriais de atenção diária, e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que oferecem alternativas de moradia para portadores de transtornos mentais, ambos com vistas à reabilitação e inclusão social. E o período de 2001 a 2005, contextualizando a reforma psiquiátrica depois da lei Nacional.

Somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10.216) foi sancionada no país. Esta lei redireciona a assistência em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Aponta, portanto, para a inclusão da atenção em saúde mental na atenção básica como possível forma de manter o portador de transtorno próximo à comunidade, família e meio social e facilitar ações de educação e prevenção. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impôs

novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação desta lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (Bittencourt & Mateus, 2006; Brasil, 2005a).

A reforma psiquiátrica, apesar dos diversos avanços evidenciados tanto em nível local quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede integrada de atenção em saúde mental (Alverga & Dimenstein, 2006). A construção de uma rede de cuidados, portanto, é fundamental para a consolidação da reforma. Isso significa a articulação dos serviços de atenção à saúde mental com os da atenção primária, com outros setores de serviços públicos e, ainda, com quantos forem os recursos do território que possam, de alguma maneira, constituir-se em um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher as pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005a).

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ATUAIS

3.4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como delineado anteriormente, a formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde é a resultante do expressivo movimento de reforma sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país e que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um de seus *locus* privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Os principais artigos das leis nº 8.080 e 8.142 estabelecem um conceito ampliado de saúde, incorporando fatores do meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação), meio sócio-econômico e cultural (educação, renda, ocupação) e oportunidades de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Legitimou o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, cabendo, ao governo, garantir este direito. Estabeleceu os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Este sistema é denominado “sistema único” porque segue as mesmas regras em todo o território nacional,

sob a responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal (Andrade, Soares & Cordoni Jr., 2001; Brasil, 1990, 1998).

São princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade. O primeiro consiste na garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde assim como os serviços privados que tem convênio com o SUS. A equidade é um princípio que objetiva diminuir as desigualdades, o que não significa que seja sinônimo de igualdade, mas, consiste no entendimento de que, embora todos tenham direitos aos serviços de saúde, os investimento e atenção são distribuídos conforme necessidade, independente do poder aquisitivo do cidadão. O princípio da integralidade determina que as ações de saúde devem voltar-se ao indivíduo de forma integral, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e os contextos de vida. E que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas para a promoção da saúde, prevenção e a recuperação da saúde (Brasil, 1990).

São princípios organizativos do SUS: regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado. Segundo os princípios da regionalização e hierarquização, os serviços devem ser organizados em três níveis de densidade tecnológica crescente: atenção primária (Unidades Locais de Saúde), secundária (ambulatórios de especialidades) e terciária (hospitais). Estes três níveis devem estar dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, através de um sistema de referência e contra-referência, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade. A resolubilidade é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (Brasil, 1990).

A descentralização político-administrativa é o princípio pelo qual o Ministério da Saúde dividiu suas responsabilidades com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Aos municípios cabe a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde

diretamente voltadas aos seus cidadãos. A idéia é de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A complementariedade do setor privado é a garantia constitucional de contratação de serviços privados em casos em que o setor público mostrar-se incapaz de atender a demanda. Deve-se valer, na contratação destes serviços, da lógica do público e das diretrizes do SUS (Brasil, 1990).

O princípio da participação dos cidadãos é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em todos os níveis, desde o federal até o local. O controle social, como também é chamado esse princípio, foi regulamentado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto (Brasil, 1990).

O SUS está amparado em uma vasta legislação, cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, complementarmente existiram várias Normas Operacionais do SUS. As portarias ministeriais são importantes instrumentos de regulação de políticas e visam definir instruções para a execução das leis aprovadas pelo Poder Legislativo, tal como previsto na Constituição Federal de 1988. No contexto do setor saúde, as portarias têm assumido um papel de grande destaque, não só pelo quantitativo de documentos apresentados a partir dos últimos anos da década de 90, mas principalmente pelo forte poder de indução que este instrumento assumiu na definição da política setorial (Baptista, 2007).

Baptista (2007) realizou uma classificação e análise das portarias do Ministério da Saúde editadas no período de 1990 a 2002. Segundo a autora, as normas operacionais da saúde assumiram um papel de destaque no processo de construção e desenvolvimento do SUS, tendo se configurado durante todo o período como a principal estratégia para a

operacionalização da política. Foram editadas ao todo seis normas (NOB-91, NOB-92, NOB-93, NOB-96, NOAS-2001 e NOAS-2002), cada qual corresponde a uma gestão de governo e expressa uma concepção específica sobre a forma de condução da política nacional. O que se constata, de acordo com a autora, é um esforço grande na regulamentação de estratégias de curto prazo em atenção às propostas políticas de cada gestão de governo em detrimento de políticas de médio e longo prazos, capazes de articular gestores estaduais e municipais e a sociedade civil por mais de uma gestão de governo, um projeto político para a saúde no país.

Campos (2007) afirma que o devir do SUS nem sempre aponta para seu fortalecimento e que há evidências da existência de impasses na sua implantação: financiamento insuficiente; atenção primária crescendo, mas em velocidade e com qualidade abaixo da necessária; regionalização e integração entre municípios e serviços quase virtual; e, ainda, eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados abaixo do esperado. Mais grave do que tudo isso, ressalta, é a impressão de que há um desencantamento com o SUS ou, talvez, um descrédito quanto à capacidade para transformar em realidade uma política tão generosa e racional. Estes sinais de crise, segundo o autor, não depõem necessariamente contra as diretrizes centrais do sistema. Isto porque o SUS ainda é uma reforma social incompleta, além do que sua implantação é heterogênea, desigual, conforme características geopolíticas ou geo-culturais de cada região. Neste sentido, certamente a irregularidade com que vem interferindo de modo positivo sobre a vida cotidiana da maioria do povo tem contribuído para esse desinteresse.

A recuperação – ou desenvolvimento – de prestígio para o projeto do SUS depende, segundo Campos (2007), de uma tríade complexa. Primeiro, de criar-se um movimento de peso em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda. Segundo, de que alguém consiga apresentá-lo para a sociedade como uma reforma social significativa e que teria grande impacto sobre o bem-estar e proteção social, indicando, com objetividade, os passos e programas necessários. E terceiro, paradoxalmente, sua legitimidade depende muito de seu desempenho concreto, de sua efetiva capacidade para melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas. Nesse caso, segundo o autor, a baixa capacidade de

gestão, a "politicagem", tudo depõe contra o SUS, independente do potencial sanitário contido em suas promessas. Nesse sentido, Santos (2007) afirma ser inquestionável a necessidade da política pública de saúde, resultante de pactos sociais amplamente debatidos, proporcionar maior visibilidade pública dos rumos e estratégias da sua implementação. De acordo com Noronha (2001), a reforma sanitária brasileira ainda é jovem e encontrará forças para avançar e a construção de um Brasil mais justo e saudável continuará ser a sua inspiração primordial.

3.4.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.

Em março de 2006, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 648, aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2006).

A Atenção Básica compreende ações integrais no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se 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. Estas ações correspondem à prática de vigilância da saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do SUS, cuja efetivação é buscada através da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 1990, 1998, 2006).

Em seus princípios gerais, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua

saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada para responder à crise do modelo assistencial tradicional (flexneriano, médico-centrado). Oficializada em 1994, tem por objetivo a reversão do modelo de atenção à saúde em novas bases e critérios, em conformidade com os princípios do SUS. A ESF veio para organizar a atenção básica, criando, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde em que uma equipe de saúde da família, em um território de abrangência definido (uma equipe responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes), desenvolve ações focalizadas na saúde buscando uma compreensão ampliada do indivíduo inserido em diferentes contextos para o melhor entendimento do processo saúde-doença.

A estratégia preconiza o trabalho de uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, através de uma abordagem interdisciplinar e ações intersetoriais dirigidas às famílias e ao seu habitat de forma contínua, personalizada, ativa e integral, com ênfase na promoção e prevenção, sem descuidar do curativo reabilitador. Elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade entre profissional de saúde – população. Além de se configurar como uma "porta de entrada" para o Sistema de Saúde, a Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, deve apresentar alta resolubilidade frente às demandas da comunidade e organizar o acesso aos demais níveis de atenção (secundário e terciário), assumindo, portanto, o papel de articuladora de toda a rede de atenção à saúde (Brasil, 1990, 1998, 2006; Franco & Merhy, 2003).

Em entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família (2008), o consultor em Saúde Pública Eugênio Vilaça discorre sobre as redes de atenção à saúde, definindo-as como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si, que implicam num contínuo de atenção dos níveis primário, secundário e terciário, que

convocam uma atenção integral, com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas e que funcionam sob coordenação da Atenção Primária. Assim, a atenção primária constitui o nó fundamental nas redes de atenção à saúde, funcionando como um centro de comunicação que deve se apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de atenção à saúde para atender às necessidades da população.

3.4.3 A PROPOSTA DE EQUIPES MATRICIAIS

O Ministério da Saúde preconiza a assistência em saúde mental na rede básica através do apoio matricial às equipes da atenção básica, visando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, através da responsabilização compartilhada (equipe matricial-equipe local), excluindo assim a lógica do encaminhamento (Brasil, 2003).

Cabe situar que esta diretriz de assistência em saúde mental na rede básica através do apoio matricial não foi posta desde o início na organização da rede de atenção preconizado pela legislação do SUS. Ela surgiu quando o nível secundário de atenção passou a apresentar problemas, denunciando a necessidade de qualificar a atenção básica. Passados quinze anos da "Declaração de Caracas", através da qual o Brasil assumiu compromisso de desenvolver programas e políticas para a reversão do modelo de atenção em saúde mental para base comunitária, no nível primário de atenção.

A atenção em saúde mental, de acordo com a legislação federal de saúde atual, deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, que inclui: a Atenção Básica/ Saúde da Família; os CAPS; as residências terapêuticas; os ambulatórios; os centros de convivência; os clubes de lazer, entre outros. As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003, 2004a, 2008).

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (Brasil, 2003, 2004a).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Este centros devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam e ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados em que estão incluídos: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Contudo, o atendimento às pessoas com problemas de saúde mental é uma tarefa complexa e nem sempre as equipes de atenção básica estão preparadas, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes (Brasil, 2003, 2004a).

Onde houver CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental, os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências. No caso de municípios nos quais o número de CAPS é insuficiente para garantir apoio matricial a todas as equipes da atenção básica é possível compor esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial e/ou planejar a expansão do número de CAPS. E, onde não houver serviços de saúde mental devem ser criadas equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por um médico

psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, etc.) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo 6 e no máximo 9 equipes de saúde da família ou para grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes. No caso de municípios com menos de 20 mil habitantes é possível pensar em equipes de apoio matricial mais simples, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior. A Coordenação de Saúde Mental tem recomendado que os municípios com menos de 20 mil habitantes organizem sua atenção em saúde mental sem os CAPS, trabalhando com a lógica de apoio matricial. As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação (Brasil, 2003, 2004a).

3.4.4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

> *... em relação à política de saúde mental, o Estado tem uma dívida ético-política com a população brasileira portadora de sofrimento psíquico, que foi excluída da sociedade, despojada de seus direitos, massacrada em sua subjetividade ao ser transformada em invisível no território de ninguém de uma institucionalização perversa, muitas vezes financiada com verbas públicas, em hospitais de características asilares, abrigos, asilos de idosos e outros. A referida dívida vem sendo gradativamente saldada com a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil e muito ainda precisa ser realizado para suprir as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico* (Brasil, 2007, pg. 53).

O Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, nos capítulos três e quatro (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2001a,b) expressa que os governos, como gestores finais da saúde mental, necessitam estabelecer políticas no contexto dos sistemas gerais de saúde. A atenção deve ser transferida dos grandes hospitais psiquiátricos para serviços comunitários que sejam integrados nos serviços gerais de saúde, para tanto, deve disponibilizar medicamentos psicotrópicos e treinar trabalhadores em saúde.

A Política de Saúde Mental brasileira, no decorrer da última década, passou por importantes e significativas transformações, buscando a evolução de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base territorial

comunitária. Embora a busca deste novo modelo seja consenso político, ainda não se encontra plenamente retido no conjunto da atenção em saúde mental do SUS, que permanece despendendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar (Brasil, 2004b).

A Legislação em Saúde Mental (no período de 1999 a 2004) dispõe de quatro leis federais, apresentadas a seguir, conforme publicação oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2004b):

- Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos. Esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas "empresas sociais" da experiência de reforma psiquiátrica italiana. O projeto original é de iniciativa do deputado Paulo Delgado.

- Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.

- Decreto de 28 de maio de 2003. Institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção a usuários de álcool, bem como aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional. Esse grupo tem caráter provisório, destituído tão logo cumpra suas funções.

- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Lei do Programa "De Volta Para Casa". Estabelece um novo patamar na história do processo de reforma

psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

3.5 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA

3.5.1 CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Desde 1990, com a Declaração de Caracas, enfatiza-se a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde e na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida. A identificação de problemas de saúde mental deve ocorrer no âmbito da atenção primária, assim, mapear os problemas de saúde mental nas comunidades e as condições associadas a esses problemas constitui uma etapa necessária ao planejamento de ações voltadas para a saúde da população. Inserido neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se configura como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental na medida em que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e da territorialidade. A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação (Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Morais, 2005; Ferrioli, Marturano & Puntel, 2007; Franca & Viana, 2006; OMS, 2001a).

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia da Saúde da Família torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante freqüente. As queixas são as mais variadas e para isso a equipe deve estar preparada para oferecer maior resolubilidade aos problemas destes usuários (Coimbra, Oliveira, Vila & Almeida, 2005).

Através de uma investigação focalizada no histórico de atenção em saúde mental identificados pelos critérios de "uso de medicação psicotrópica" e "egresso de hospital psiquiátrico", Dimenstein et al. (2005) observaram a existência de demanda reprimida em saúde mental, por meio do elevado percentual de usuários sem acompanhamento profissional nos serviços de atenção primária; o uso constante e elevado de benzodiazepínicos, como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, com uso crônico e sem acompanhamento sistemático por parte da equipe de saúde; pouca procura dos serviços substitutivos como os do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); elevado número de casos de transtorno mental nas famílias dos pacientes, assim como de internações psiquiátricas, muitas das quais, involuntárias. De acordo com esses resultados, os autores consideram que apesar de a atenção primária ser um espaço privilegiado para as intervenções em saúde mental, esta tem se configurado ainda como um campo de saber e de práticas não articulado às ações básicas de saúde desenvolvidas no SUS, evidenciando uma dicotomia entre saúde e saúde mental. Frente a isso, ressaltam a necessidade da expansão da atenção na rede básica e fortalecimento do lugar do CAPS.

Além disso, na medida em que se começa a perceber que os grandes fatores de morbi-mortalidade na sociedade atual estão ligados ao modo de vida das pessoas, há um enorme campo para o psicólogo que trabalha com essa dimensão. Cada vez mais a violência, o consumo de drogas e de álcool são problemas comportamentais ligados a questões sociais que não podem ser tratados exclusivamente do ponto de vista médico, mas a partir da interdisciplinaridade em que a Psicologia tem grande contribuição a oferecer (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2006).

O conhecimento e a prática interdisciplinar surgem como alternativas de se promover a inter-relação entre as diferentes áreas de conhecimento, entre diferentes profissionais e entre eles e o senso comum, tornando-se uma necessidade real do profissional de saúde para uma atenção integral que abrange toda a complexidade do processo saúde-doença. Não se trata de uma unificação dos saberes, nem de uma busca do consenso, mas relaciona-se ao pensamento divergente que requer criatividade, flexibilidade e originalidade –

princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência e da compreensão de seus limites (Gomes, 1997).

Cabe aqui uma distinção entre ecletismo e pluralismo. O primeiro caracteriza-se pela conciliação e uso simultâneo, linear e indiscriminado de teorias diversas sem considerar as diferenças e incompatibilidades na origem histórica, na base conceitual e epistemológica e nas implicações éticas, ideológicas e políticas de cada teoria. É diferente de reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos fenômenos que exigem um conjunto pluralista de perspectivas diferentes de abordagem. É, portanto, na postura pluralista que se situa o conhecimento e as práticas interdisciplinares (Coutinho, 1991, citado por Vasconcelos, 2000, 2002).

A interdisciplinaridade exige a identificação de uma problemática comum, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais de cada campo original, em um esforço conjunto de decodificação em linguagem mais acessível dos próprios campos originais e de tradução de sua significação para o senso comum, permitindo a identificação de diferenças e eventuais convergências entre esses conceitos. Faz-se uma "comparação contextualizada" que resulta em uma aprendizagem mútua que não se efetua pela simples adição ou mistura linear, mas por uma recombinação dos elementos internos. Trata-se, portanto, de um movimento de reconhecimento, aceitação das diferenças e construções conjuntas (Moré, 2001; Vasconcelos, 2000, 2002).

Assim, a prática interdisciplinar promove mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Inicia-se, portanto, por uma atitude interdisciplinar em que o profissional deve renunciar o *status* e a onipotência que sua especialidade lhe confere e exercitar constantemente a humildade, condição necessária para uma postura de co-construção. No exercício da interdisciplinaridade, o saber de cada profissional se reconstrói, revitalizando-se no próprio ato de conhecer e pensar, desta forma, a interdisciplinaridade passa a ser tanto um instrumento epistemológico de compreensão, quanto de construção da ciência. Não anula nem desvaloriza as especialidades, pois

reconhece que elas constituem o cenário no qual ela se produz (Gomes, 1997; Moré, 2001; Vasconcelos, 2000, 2002).

A saúde deve ser vista como ponto de partida e de chegada para a intervenção profissional. O saber interdisciplinar propicia ao profissional de saúde perceber o homem como um todo, através de uma visão que transcenda à especificidade do seu saber. A atuação do profissional se torna ampla e contextualizada, possibilitando ao mesmo a compreensão das implicações sociais de sua prática para que esta possa se tornar realmente um produto coletivo e eficaz (Gomes, 1997).

A atuação do psicólogo nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, fundamenta-se, sobretudo, pelo princípio da integralidade. Para cuidar da saúde de forma integral, torna-se imprescindível que, no primeiro nível de atenção, haja equipes verdadeiramente interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais. O psicólogo, neste contexto, oferece uma importante contribuição na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade.

Em 1998, o *Committee for the Advancement os Professional Practice Task Force on Primary Care* da Associação Psicológica Americana [APA] (citado por Trindade, 2000) estabeleceu várias recomendações para a adaptação da intervenção psicológica aos cuidados de saúde primários, dentre elas:

- Os psicólogos podem e devem prestar vários serviços e desempenhar vários papéis, como: consulta psicológica, educação para a saúde, formação, investigação e desenvolvimento de parcerias comunitárias que apóiem a continuidade dos cuidados;
- Os psicólogos devem estar fisicamente próximos e acessíveis em relação à equipe de saúde e à comunidade;
- Os psicólogos podem ser consultores da equipe de saúde, desenvolvendo um trabalho em cooperação;
- Os psicólogos serão tanto melhor sucedidos quanto melhor forem capazes de adaptar os seus conhecimentos e competências ao contexto onde estão a trabalhar.

Estas quatro recomendações destacadas sintetizam uma boa caracterização da atuação do psicólogo na Atenção Básica. O primeiro e o último item dizem respeito à dimensão da

atuação do psicólogo que se configura em uma prática de "clínica ampliada" (Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006), ou seja, uma prática clínica em espaços públicos não usuais, que vai onde o povo está, compreendendo seres humanos em seus contextos. Esta atuação requer do psicólogo estar preparado para trabalhar com pessoas em diferentes fases do ciclo de vida e com proveniências sociais e culturais muito diversas. Sendo assim, a prática da "clínica ampliada" requer uma redefinição tanto dos conhecimentos e práticas quanto da identidade profissional tradicional do psicólogo, em termos de uma postura ética, sensível e contextualizada.

O terceiro item traz um importante aspecto da atuação do psicólogo na Atenção Básica: o desenvolvimento de um trabalho em cooperação com os demais profissionais de saúde através de uma abordagem interdisciplinar em todos os momentos de atuação. Esta modalidade de trabalho se mostra fundamental para a atenção integral à saúde da comunidade e só pode ser concretizada se o psicólogo efetivamente fizer parte da equipe de saúde, locado na Unidade Básica de Saúde – como indica o segundo item destacado das recomendações da APA.

Como integrante da equipe de saúde, de acordo com a Estratégia de Saúde da Família, o psicólogo atua desde o reconhecimento da comunidade em todo o território de abrangência da Unidade Local de Saúde (ULS) de forma que sejam levantadas, em um contexto conversacional com a comunidade, as suas necessidades e situações de saúde. A partir destas informações, o psicólogo e os demais profissionais desenvolvem um planejamento de ações de saúde que devem ser monitoradas e avaliadas periodicamente.

Segue-se a apresentação de algumas ações compartilhadas na equipe de saúde e ações específicas do psicólogo a partir do modelo de formação desenvolvido no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF), da Universidade Federal de Santa Catarina (Universidade Federal de Santa Catarina [UFSC], 2007):

- Acolhimento na ULS: atividade de recepção das pessoas que procuram a ULS de forma a acolher suas necessidades e buscar encaminhamento para resolução dos problemas. O acolhimento também fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, amplia o acesso e organiza o serviço.

- Atendimento grupal: grupos de promoção e educação para a saúde.
- Encontros de discussão com as escolas e demais instituições públicas e comunitárias visando integrar as visões da equipe de saúde e as propostas dessas instituições com relação às famílias e sua inserção na comunidade (ações intersetoriais).
- Interconsulta interdisciplinar: momento em que o psicólogo atende o usuário em conjunto com outro profissional.
- Interconsulta psicológica: momento em que o psicólogo é solicitado por outros profissionais de saúde que buscam discutir casos clínicos ou situações cotidianas do trabalho em saúde. Tem como objetivo instrumentalizar o profissional para atuar e encaminhar, adequadamente, a situação em relação aos aspectos psicológicos envolvidos.
- Visita domiciliar com objetivo de prestar atendimento no domicílio, orientar e propiciar subsídios educativos para que os indivíduos, a família e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.
- Atendimento e acompanhamento aos pacientes psiquiátricos na comunidade, constituindo-se em um mediador entre os pacientes, as famílias e as instituições envolvidas no atendimento dos mesmos.
- Desenvolvimento de intervenção de rede, entendida como trabalho realizado com uma pessoa ou família, junto ao grupo de pessoas significativas das mesmas, visando instrumentar esta rede, para acolher e fornecer apoio específico para pessoas e/ou famílias em crise (Moré, 2005).
- Ações de promoção à saúde, desempenhando papel informativo.
- Atendimento de urgência psicológica: visa acolher problemas advindos de questões emocionais e que exijam atenção imediata. Caracteriza-se por fornecer alívio, orientação e apoio à pessoa, minimizando os efeitos desorganizadores da crise vivenciada e mediando a criação de habilidades adaptativas próprias de cada pessoa, na busca da solução de problemas.
- Mediação, com relação à equipe de saúde visando o trabalho interdisciplinar, no cotidiano do trabalho ou através da técnica de grupos operativos.

E com relação às ações específicas do psicólogo:

- Atendimento psicológico destinado ao grupo familiar, casais, crianças, adolescentes, adultos e idosos, realizado no ambulatório da ULS ou no domicílio, conforme necessidade. Tem o objetivo de possibilitar aos indivíduos o fortalecimento de seus recursos egóicos através da abordagem da Psicoterapia Breve, visando a busca de uma melhor qualidade de vida. Entende-se que esta abordagem se adapta bem ao contexto público comunitário, principalmente por trabalhar o foco e a queixa atual do indivíduo, propondo-se assim uma série de encontros que visam ampliar o processo de compreensão do problema e potencializar recursos.
- Atendimento grupal em nível psicoterapêutico.

Frente a esta gama de possibilidades de atuação na Atenção Básica, segue algumas considerações a respeito de ações nas quais o psicólogo, pela sua especificidade, oferece especial contribuição, dentre elas: a escuta qualificada no acolhimento; o olhar voltado às singularidades dos indivíduos em contextos; às ações de promoção à saúde e desenvolvimento de autonomia; a reafirmação da importância da subjetividade no processo saúde-doença-cuidado; acolhimento de urgências psicológicas e a mediação, promovendo a integração entre os membros da equipe e desta com a comunidade (Bittencourt & Mateus, 2006; Franca & Viana, 2006; Lima, 2005).

No acolhimento na Unidade de Saúde, o psicólogo contribui com uma escuta qualificada para identificar as necessidades do usuário. Através da escuta ativa e do diálogo, o psicólogo co-constrói com o usuário a sua demanda. Neste processo, as demandas, que na sua maioria, de início, são por medicação e consultas médicas – em função da incorporação do modelo tradicional de atenção à saúde – são redefinidas através de um olhar ampliado, possibilitando, gradualmente, a passagem para um modelo novo-paradigmático, da produção social da saúde, identificando saúde com condições e qualidade de vida. Redefinida a demanda, outras necessidades podem ser percebidas pelos usuários, possibilitando a efetivação de estratégias de atenção condizentes ao modelo sistêmico (como os atendimentos grupais ou intervenções de rede na comunidade). Nesta

atividade de acolhimento, o psicólogo contribui diretamente para a humanização do atendimento na Unidade de Saúde.

Calatayud (1991) ressalta a promoção à saúde como atividade central da psicologia no campo da atenção primária. Para efetivação desta ação, o psicólogo deve, segundo este autor: ir até a comunidade e conhecê-la; elencar prioridades de ações pautadas nas informações advindas da comunidade; desenvolver um trabalho em equipe; avaliar os resultados a partir de critérios científicos de observação de resultados; utilizar-se de técnicas e procedimentos psicológicos com criatividade, contextualizando a intervenção e estimular a participação da comunidade, como identificadores de problemas, motivadores e multiplicadores. Para atuar no campo da promoção da saúde, o autor ressalta, ainda, a necessidade de motivação, desenvoltura e desenvolvimento de habilidade técnica.

Neste contexto, o psicólogo também desempenha um papel informativo, entendendo que ações de promoção à saúde relacionam-se ao acesso a informações. Recomenda-se que estas não sejam excessivas, e sejam compatíveis ao estilo cognitivo, crenças de saúde e nível cultural do usuário Assim, a informação se torna personalizada e contextualizada (Moré & Macedo, 2006; Trindade & Teixeira, 2000a; Teixeira, 2000a).

Os atendimentos de urgência psicológica mostram-se fundamentais em uma Unidade de Saúde, sobretudo porque, de forma geral os profissionais de saúde "não psicólogos" apresentam dificuldades em lidar com pessoas em situações que caracterizam uma "urgência psicológica", como: choro intenso; confusão; quadro de irritabilidade; sensação de perda de controle; manifestação de idéias suicidas. O psicólogo é um profissional preparado para lidar com tais situações e, além de realizar os atendimentos com os usuários, pode auxiliar a equipe, instrumentalizando os demais profissionais para o acolhimento de tais urgências.

Outra ação do psicólogo que merece destaque é o acompanhamento de pacientes psiquiátricos da comunidade. Teixeira (2000b) aponta que a saúde física do doente psiquiátrico é, com freqüência, negligenciada, em função de sua própria desatenção, mas, sobretudo pela atitude dos técnicos de saúde. Por um lado, os técnicos de saúde mental que o acompanham no nível secundário de atenção tendem a focalizar as perturbações mentais

e o seu controle, sem prestar atenção à saúde física e, por outro, os técnicos de saúde em geral – a quem o sujeito pode recorrer quando julga necessitar de cuidados físicos – tendem a atribuir mais facilmente as queixas à própria psicopatologia, em especial se estas são consideradas mal definidas ou atípicas.

Nesse contexto, o referido autor ressalta que a atuação do psicólogo na Atenção Básica junto ao paciente psiquiátrico se volta para a promoção da saúde e de estilo de vida mais saudável; para a prevenção de doenças, sobretudo porque, em função da variável psicopatologia, o sujeito está geralmente mais vulnerável a situações e comportamentos de risco à saúde; para a facilitação da comunicação do usuário e sua família com os demais técnicos de saúde e na resolução de problemas de adesão a tratamentos. Em suma, trata-se de identificar e atuar sobre as necessidades específicas de saúde de cada pessoa e sua família, possibilitando-lhes receber atenção integral. A atuação não é focada, portanto, no problema de saúde mental, para isso é que existem as equipes de saúde mental no nível secundário de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Esta "divisão de responsabilidades" entre os níveis de atenção se mostra necessária. E para não incorrer o risco de fragmentar a atenção e legitimar a lógica das especializações deve haver uma efetiva articulação entre as ações da atenção básica e secundária, na co-responsabilização de ambos pelo cuidado. Contudo, no cenário atual, existe uma evidente desarticulação entre os cuidados primários e os cuidados de saúde mental prestados nos serviços de nível secundário e terciário, e como conseqüência disto, as famílias e a comunidade se mostram despreparadas para receber os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, por exemplo. O despreparo e o desamparo destas famílias resultam muitas vezes em negligência para com os pacientes psiquiátricos, isolamento social e aumento do estigma.

O psicólogo na Atenção Básica pode vir a ser uma peça chave na rede de atenção para realizar essa mediação. Este profissional atua junto ao paciente psiquiátrico, sua família e pessoas significativas, buscando o reconhecimento e o desenvolvimento de rede social e afetiva de apoio mediante intervenções de rede e ações intersetoriais. Este trabalho visa a

preparação e o auxílio às famílias no acompanhamento do paciente psiquiátrico e a (re) inserção social do mesmo na comunidade, reduzindo a estigmatização.

O modelo PRISF (USFC, 2007), apresentado acima, assume todas as características de um trabalho desenvolvido pelo psicólogo no nível primário de atenção que pressupõe atuação na e com a comunidade e atenção integral através da abordagem interdisciplinar e ações intersetoriais. Para efetivação desta forma de atuação, torna-se imprescindível que o psicólogo esteja locado na Unidade de Saúde e faça parte da equipe de saúde da família.

3.5.2 INSERÇÃO E DISTRIBUIÇÃO ATUAL DO PSICÓLOGO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A entrada dos psicólogos na rede de saúde pública brasileira se deu, relativamente, há pouco tempo. Foi a partir do início dos anos 80 que a Psicologia começou a ser, de fato, incluída nas ações de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde onde os psicólogos passaram a integrar as equipes multiprofissionais. Atualmente, cerca de vinte mil psicólogos atuam na saúde pública. O conceito da atuação dos psicólogos nas unidades básicas de saúde se mantém, mas nesses trinta anos o que se viu foi uma adequação às avessas à realidade brasileira, tanto em relação à saúde pública quanto à formação dos psicólogos (CFP, 2006).

Franco e Mota (2003) realizaram uma análise dos dados cadastrais registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), do Ministério da Saúde, e construíram um panorama da distribuição dos profissionais de Psicologia e dos serviços que estão prestando. São alguns dos resultados desta pesquisa:

- Os psicólogos perfazem 1% dos profissionais cadastrados no SIA-SUS.
- Como ocorre para outras profissões, a região Norte encontra-se em situação de maior desvantagem em relação à disponibilidade desses profissionais.
- Observou-se que o número de psicólogos por estado é pequeno e que a distribuição dos mesmos não se relaciona diretamente com o número de habitantes ou com a dimensão da rede instalada.

- O número de profissionais de psicologia foi pouco mais do dobro (14.504) do número de profissionais de psiquiatria (6.684). Segundo os autores, estes números geram um certo otimismo quando se considera que é desejável oferecer serviços orientados por um modelo assistencial baseado nos princípios de prevenção e de promoção da saúde ao tempo em que se amplia o campo e as exigências para a atuação do psicólogo.
- As proporções mais elevadas dos dois grupos profissionais encontravam-se na região Sudeste. Este perfil se superpõe à distribuição dos centros formadores no país.
- O maior número de psicólogos encontra-se atuando em clínicas especializadas, policlínicas e consultórios (33,3%) e, em seguida, em centros e postos de saúde (29,4%). Esta distribuição por local de trabalho no país teve padrão semelhante à da região Sudeste. Na região Sul a proporção de profissionais que atuavam em unidades básicas foi maior (40,5%), enquanto nas regiões Centro Oeste e Nordeste ocorreu maior proporção de psicólogos em serviços ambulatoriais de unidades hospitalares, com respectivamente 40,0% e 32,5%. Estes dados, segundo os autores, podem significar que há maior investimento na mudança de modelo assistencial nos estados da região Sul, colocando o profissional psicólogo "na ponta" do Sistema - na rede básica.

3.5.3 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA – SITUAÇÃO ATUAL E DESAFIOS

Desde as primeiras incursões de psicólogos no sistema público de saúde estudos se propuseram a discutir a efetividade de seus padrões de atuação que, atualmente, redundam numa atenção curativa, individual e ineficiente (Dimenstein, 1998, 2000, 2001, 2003; Lima, 2005; Oliveira et al., 2005).

Assim como o modelo flexneriano predominou na formação e na prática médica, a psicologia também assumiu, por muito tempo, como paradigma hegemônico da profissão, um modelo curativo e assistencialista voltado para o setor dos atendimentos privados. Os cursos de graduação tenderam claramente para formar um profissional que atualmente encontra dificuldade em superar as práticas cristalizadas e de adaptar-se às novas exigências de responsabilidade social, aos princípios da equidade, da ética e da cidadania,

postos especialmente pelo setor saúde. Em outras palavras, a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para a área da saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, inclusive de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS (Dimenstein, 2000, 2001, 2003; Lima, 2005).

No cenário atual, caminhando para uma efetiva vigilância da saúde, ainda se encontram, fortemente presentes, concepções e práticas do modelo tradicional. A mudança de modelo de atenção à saúde requer, do psicólogo, uma atuação interdisciplinar e práticas específicas da área mais adequadas ao contexto da Atenção Básica. Contudo, de acordo com Dimenstein (2000, 2001, 2003), a entrada do psicólogo nas instituições públicas de saúde de forma geral parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua atuação. Ou seja, não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas suas formas tradicionais de atuar. Daí sua dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social.

Como conseqüências da transposição do modelo de psicoterapia individual, modelo clínico hegemônico da atuação privada, de base psicanalítica para a prática da saúde pública, Dimenstein (2000) aponta: conflito com as representações de pessoa, saúde/doença, corpo, próprias aos usuários das instituições públicas de saúde; baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos; seleção e hierarquização da clientela e psicologização de problemas sociais. A modificação do modelo assistencial hegemônico implica, segundo a autora, em romper o corporativismo, as práticas isoladas e a identidade profissional hegemônica vinculada à do psicoterapeuta.

A respeito de fatores que dificultam o desenvolvimento de um trabalho psicológico de promoção da saúde, Bock (1993) também aponta aspectos do modelo tradicional de atuação e ressalta a inexistência de um projeto coletivo que dê corpo à profissão, uma profissão com grande potencial, capaz de contribuir para a transformação do indivíduo e da sociedade, mas que se apresenta pequena e sem projeto na sociedade em que se insere. A autora denuncia a “desmobilização” que, por muito tempo, se mostrou como característica

deste grupo de profissionais. Contudo, movimentos recentes da categoria apontam para uma mudança positiva nesse cenário.

O ano de 2006 teve particular importância nas discussões sobre a inserção da psicologia na área da saúde. Isso porque o Sistema Conselhos de Psicologia definiu esse ano como o "ano da saúde" e organizou vários espaços de discussão como: V Congresso Nacional de Psicologia; II Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão; Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública precedido por Fóruns regionais em várias localidades. Os principais pontos discutidos nestes espaços foram: a formação e capacitação dos profissionais para trabalhar na saúde pública; o desencontro da formação do psicólogo com as políticas públicas de saúde; as avaliações das produções do profissional e a necessidade de um plano de carreira. As discussões nesses espaços mostraram que há divergências de posições entre a presença do psicólogo na equipe básica na Estratégia de Saúde da Família ou em equipes matriciais de referência. Para que o debate avance, é preciso que o mesmo seja embasado teórica e politicamente. Entre as propostas do I Fórum Regional de Psicologia e Saúde Pública, que foram também indicativos do V Congresso Nacional de Psicologia, destaca-se que deve ser observada a necessidade de divulgação das experiências concretas sobre a atuação do psicólogo no SUS e a necessidade de uma discussão sobre pressupostos epistemológicos e metodologias para a renovação de projetos e práticas (CFP, 2006; Conselho Regional de Psicologia-12ª Região [CRP12], 2007).

Também no ano de 2006 foi realizada a oficina "Trabalho do psicólogo com a família na saúde pública", no I Encontro Regional Psicologia e Saúde Pública, da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP). Nesse encontro foi problematizada a formação do psicólogo para sustentar esse campo, enfocando o trabalho com famílias, criticando na formação dos psicólogos, a ênfase nos "especialismos", a dificuldade de se trabalhar com grupos e o desconhecimento da realidade dessas famílias. Foi apontado, ainda, o desafio da transdiciplinaridade e a necessidade de desenvolvimento de discussões organizadas para que os psicólogos se insiram nesse campo e sejam capazes de práticas transformadoras e inventivas (Romagnoli, 2006).

De acordo com Trindade e Teixeira (2000b), caracterizar e contextualizar a intervenção psicológica na Atenção Básica é uma tarefa urgente e necessária, em função da integração relativamente recente dos psicólogos na carreira dos técnicos superiores de saúde e também porque, entre todas as questões relacionadas com a atuação do psicólogo em serviços de saúde, a atuação nos cuidados de saúde primários se mostra prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde quer dos próprios psicólogos.

Nas instituições públicas de saúde, a intervenção psicológica será mais efetiva quanto mais contextualizada, ou seja, definida a partir das características específicas de cada instituição e da população que procura seus serviços. Para isso, exige-se uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso social. A busca é de complementar e superar a formação acadêmica no sentido de uma necessária flexibilização e adequação das tecnologias de maneira efetiva para o desenvolvimento de práticas psicológicas condizentes com esse cenário de atuação, para lidar com uma realidade desafiadora e complexa. Na redefinição de suas práticas, o psicólogo deve ser capaz de contribuir para formulação e implantação de novas políticas (Dimenstein, 2003, 2001, 2000; Franco & Mota, 2003; Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006).

Em entrevista para a revista Psicologia: Ciência e Profissão - Diálogos (CFP, 2006) as psicólogas Magda Dimenstein, Sônia Fleury, Mary Jane Spink e Gina Ferreira ressaltaram que a relação entre Psicologia e saúde passa pela política – por transformar a discussão, as idéias, em políticas públicas – e a necessidade, portanto, dos psicólogos se apropriarem mais das políticas públicas de saúde para conquistar mais espaço. Na prática, a falta dessa apropriação pela maioria dos psicólogos é consenso, falta-lhes entender o que é saúde coletiva, políticas públicas, gestão em saúde, a própria política nacional de saúde e o funcionamento do SUS. Falta, ainda, habilidade dos psicólogos para lidarem com temas como a fome, violência e outros problemas sociais. As entrevistadas apontam como requisitos para a atuação do psicólogo no contexto da saúde pública: o conhecimento aprofundado das propostas de atenção à saúde preconizadas pelo SUS e ter afinidade com esses princípios; a capacidade de trabalhar em equipe e desenvolver um trabalho

interdisciplinar; e o desenvolvimento de um olhar amplo e contextualizado. Com relação ao aperfeiçoamento profissional, apontam a necessidade do encontro entre teoria e prática que ocorrem, sobretudo, em espaços de supervisão e pesquisa, quando a Academia enfatiza a importância da produção teórica advinda do campo da prática. Faz-se necessário, ainda, que o potencial de contribuição da psicologia seja divulgado e conhecido, "é preciso um pouco de marketing" e uma atuação mais política dos psicólogos como grupo organizado, como atores políticos na discussão do Sistema Único de Saúde.

Vários autores apontam que durante muito tempo os cursos de psicologia formaram profissionais "apolíticos" e ressaltam a necessidade da formação de profissionais críticos e não somente técnicos. De fato, quantos cursos de psicologia têm a questão das políticas públicas como eixo articulador? Quantos têm ao menos disciplinas que abordam as Reformas Sanitária e Psiquiátrica? Sem tais discussões no processo de formação, os psicólogos tendem a não se ver como parte desse processo. O desenvolvimento de uma posição ética e política é uma das características necessárias para a sustentação do projeto do SUS e de uma atuação consistente na Estratégia de Saúde da Família (Benevides, 2005; Dimenstein, 1998, 2000, 2003; Lima, 2005; Oliveira, et al, 2005; Romagnoli, 2006).

De acordo com Romagnoli (2006) está ocorrendo um grande investimento do Ministério de Educação e do Ministério da Saúde para preparar os futuros psicólogos para trabalhar no SUS, em atendimento ao texto constitucional. Nesse sentido, tanto há um movimento para que os cursos de graduação valorizem e invistam nesse tipo de formação, quanto há um investimento na formação de promotores de modificações curriculares voltados para o SUS. Assim, o Ministério de Saúde estabeleceu convênios com entidades responsáveis pelo ensino das profissões para desenvolver ações coletivas para aproximar a educação do SUS.

Cabe ressaltar também outros fatores, além das limitações da formação do psicólogo, que contribuem para a manutenção de um modelo tradicional, ineficiente frente às demandas da atenção básica. Lima (2005), em um estudo sobre a atuação da psicologia em serviços públicos de saúde, concluiu que os psicólogos são levados a se organizar de maneira mais tradicional, com agendamentos e hora marcada. Oliveira, et al. (2005)

desenvolveram um estudo que analisou as estatísticas dos procedimentos realizados pela Psicologia disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e concluíram que a estrutura deste sistema de registro direciona para as práticas individualizantes e curativas. Isso porque a manutenção de programas, financiamentos e gratificações aos profissionais se dá pelas estatísticas computadas no SIA/SUS e o esquema de registro não permite computar a quantidade de agravos que deixam de ocorrer, ou seja, que foram prevenidas com atividades educativas e de prevenção. A dificuldade para o desenvolvimento de ações diferentes ou obriga os profissionais a registrarem-nas de forma distorcida, ou os resigna aos atendimentos previstos, exercendo assim, forte influencia na manutenção dos modelos tradicionais de atuação.

A consolidação da psicologia como uma profissão da saúde pública representa uma crença em sua potencialidade como instrumento de transformação e o reconhecimento de fatores subjetivos, emocionais, enfim, da história e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população. Contudo, esse discurso ainda não repercutiu significativamente na cultura profissional e leiga que permeia a atuação do psicólogo, já que as mudanças nos padrões de atuação ainda não são consistentes o suficiente para mudar as feições da prática psicológica no Brasil. A profissão ainda não reproduziu, de maneira significativa, em sua prática, os resultados das discussões sobre sua relevância e compromissos sociais e sobre uma atuação condizente com as diferentes realidades dos usuários dos serviços públicos de saúde. A ausência de uma proposta única e coerente de atuação e de uma solidez política na profissão impede a Psicologia de consolidar um modelo de trabalho comprometido com os ideais democráticos da reforma sanitária e com a cidadania dos usuários (Oliveira et al., 2005).

Vale destacar, ainda, a reflexão de Benevides (2005) de que o SUS nasceu com o movimento da Reforma Sanitária, aliado a outros movimentos sociais, na luta contra a ditadura militar e em prol da democracia, da garantia dos direitos do homem. Em meio a esse contexto, também se organizava em nível internacional a grande onda neoliberal. O SUS foi, sem dúvida, durante estes anos, o movimento que se firmou como resistência à privatização da saúde. Resistir à privatização da saúde, da vida é tarefa para muitos, é

tarefa para todos. Cabe aos psicólogos decidir com que movimento se aliar, quais movimentos inventam, quais intercessões fazem entre Psicologia e o SUS, entre a Psicologia e as políticas públicas.

4. MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos propostos, foi utilizado nesta pesquisa, o método de investigação e análise documental. Este método consiste na seleção criteriosa de documentos e técnicas de organização, classificação do material e elaboração de categorias de análise, sendo todo o processo orientado pelo problema de pesquisa proposto (Pimentel, 2001; Valles, 1997).

Cabe lembrar que com relação aos métodos utilizados nos estudos científicos em geral, não existe uma estratégia de coleta ou de análise de dados que seja boa, perfeita ou suficiente em si mesma, essas qualidades dependem da sua adequação ao problema de pesquisa e, sobretudo, da seriedade, rigor e competência da atuação do pesquisador (Flick, 2004; Romanelli & Biasoli-Alves, 1998).

Uma vez que o problema desta pesquisa se voltou à investigação focada nas políticas públicas de saúde e de saúde mental na abordagem do tema: "o psicólogo na atenção básica à saúde", o método de investigação e análise documental das referidas políticas mostrou-se o meio mais adequado de concretização do estudo.

Dentre as vantagens do uso de materiais documentais apontados por Hodder (1994, citado por Valles, 1997), para esta pesquisa, ressalta-se a "historicidade" da investigação, ou seja, a possibilidade de realização de uma análise de aspectos históricos e atuais das políticas de saúde e de saúde mental, permitindo uma contextualização do objeto de pesquisa. Valles (1997) aponta algumas desvantagens relacionadas à própria natureza secundária dos documentos, no sentido de que os mesmos foram produzidos em contextos específicos e com propósitos diferentes dos da investigação proposta. Contudo, faz a

ressalva de que o cuidado do pesquisador em desenvolver uma investigação e análise crítica e contextualizada das informações contorna essa desvantagem. O autor ressalta, ainda, questões importantes a serem consideradas na utilização do método de investigação e análise documental, dentre elas: a autenticidade e credibilidade dos documentos selecionados; a representatividade dos documentos selecionados em relação ao material documental disponível sobre a temática e a interpretação do significado dos documentos.

Seguindo as sugestões propostas por Pimentel (2001), à medida que os documentos foram selecionados, os mesmos foram organizados e arquivados. O critério para tal organização foi a fonte e caracterização da natureza do documento. Foram utilizadas algumas técnicas da análise de conteúdo categorial temático (Bardin, 1977), tais como: leituras recorrentes, fichamentos e uma segunda organização do material, pelo critério de assunto, ou seja, aspectos temáticos e conceituais dos documentos de forma que o próprio material dirigiu o estabelecimento dos temas que compôs as categorias de análise.

Para análise propriamente dita, além de contar com os arquivos organizados de toda a documentação, em um estágio inicial, foram grifadas nos textos, palavras e frases que sintetizavam um conceito ou proposta que se mostravam relevantes ao tema de pesquisa. Em seguida, foram construídos quadros dos documentos, segundo sua natureza, e de termos-chave (palavras ou frases organizadoras), aos quais foram acrescentados observações e comentários sobre possíveis relações com o problema de pesquisa, buscando assim, instrumentalizar a análise dos conceitos e propostas fundamentais apresentados nos documentos. Desta forma, os referidos quadros cumpriram o papel de sistematização das informações documentais relevantes ao objeto de pesquisa e foram padronizados para todos os documentos analisados, constituiu-se assim, o protocolo de análise dos documentos. As unidades de análise foram constituídas em núcleos de significados que sistematizaram um conjunto de assuntos, mediante as inferências realizadas sobre o conteúdo a que se referiam os termos-chave, e então, foram criadas as categorias (Pimentel, 2001).

As categorias se propuseram a explicitar os propósitos da pesquisa e foram criadas de acordo com três critérios, descritos por Biasoli-Alves (1998): <u>exaustividade</u>, todas as questões relacionadas ao problema de pesquisa foram contempladas nas categorias;

exclusividade, as categorias se apresentaram exclusivas, ou seja, as questões pertenciam a uma única categoria; manutenção do nível de inferência ao longo de todo o processo.

Empregando técnicas usuais da análise de conteúdo para decifrar, em cada texto, o núcleo emergente que serviu ao propósito da pesquisa, essa etapa consistiu num processo de codificação, interpretação e de inferências sobre as informações contidas nos documentos e de classificação a fim de vislumbrar uma síntese (Pimentel, 2001).

4.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O procedimento de seleção dos documentos foi realizado em quatro etapas, sendo a última subdividida em outras duas de forma a selecionar, para análise propriamente dita, apenas os documentos que respondiam aos objetivos da pesquisa. A Figura 1 apresenta um diagrama ilustrativo de todas as etapas, para possibilitar uma visão geral prévia. Em seguida, tem-se a descrição detalhada de cada etapa.

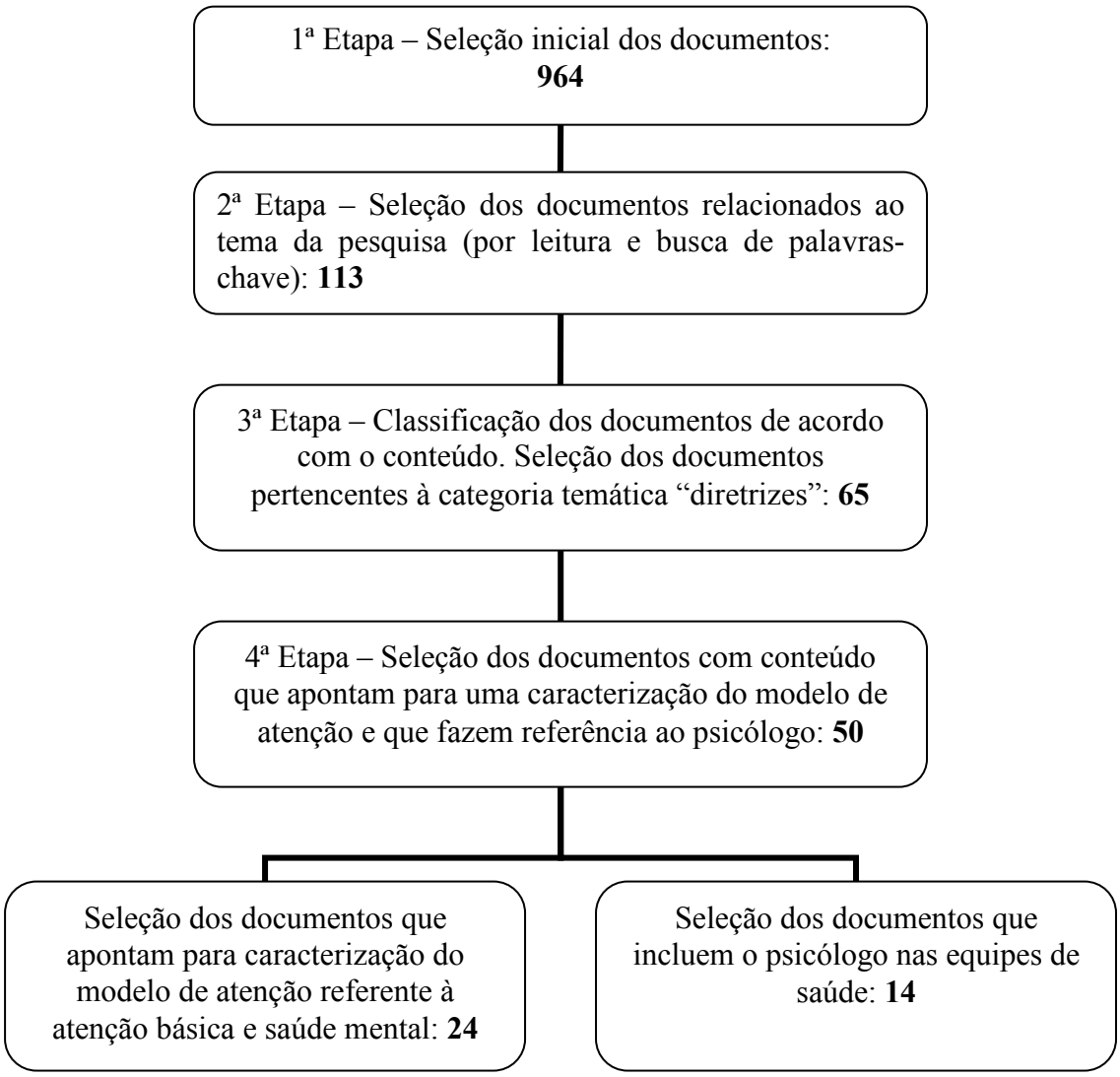

Figura 1: Diagrama ilustrativo das etapas de seleção dos documentos.

Esta ilustração sintetiza todo o processo de seleção dos documentos. Observa-se que no próprio processo de seleção foram utilizadas técnicas da análise de conteúdo: leitura e busca de palavras-chave (etapa 2); classificação em categorias temáticas (etapas 3 e 4). Sendo, então, realizada a seleção dos documentos para análise, subdivididos em dois grupos: caracterização do modelo de atenção (atenção básica e saúde mental) e inclusão do psicólogo nas equipes de saúde.

4.2.1. PRIMEIRA ETAPA: SELEÇÃO INICIAL DOS DOCUMENTOS

Considerando os critérios de autenticidade e credibilidade, foram utilizados apenas documentos oficiais disponíveis no *site* do Ministério da Saúde/ Governo Federal (http://portal.saude.gov.br/saude). A coleta dos documentos foi realizada no período de novembro a dezembro de 2007, sendo que todos os documentos novos publicados no *site* até julho de 2008 foram incluídos na pesquisa.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde tem uma política editorial com propósito de estabelecer princípios, diretrizes e responsabilidades que orientam a produção editorial no âmbito do MS e das entidades vinculadas, visando oferecer à sociedade brasileira publicações que subsidiem efetivamente gestores, trabalhadores, conselheiros, professores, pesquisadores, estudantes e demais interessados no setor, favorecendo a consolidação do SUS, a participação, o controle social e a construção da cidadania. Pautada em aspectos legais, éticos, técnicos e científicos, a política editorial do MS visa estruturar os processos de planejamento, tratamento, edição, preservação, acesso e avaliação da informação em saúde, reconhecida como um patrimônio público e um direito constitucional (Brasil, 2005b).

Sendo assim, a partir da página principal (portal da saúde) utilizou-se o *link* "legislação", que oferece acesso a uma página que contém os documentos relacionados à legislação federal da saúde, organizados de acordo com a seguinte classificação:

(A) "Normas Básicas";

(B) "Publicações relacionadas com a Legislação Nacional da Saúde"; e

(C) "Saúde Legis", um *link* que permite a realização de pesquisa completa dos atos normativos da esfera federal do SUS (portarias), publicados no Diário Oficial da União e nos Boletins de Serviço.

Os documentos de classificação (A) "Normas Básicas" são acessados diretamente. O acesso à categoria (B) "Publicações relacionadas com a Legislação Nacional da Saúde" se dá através de *link* à biblioteca virtual da saúde (bvsms.saude.gov.br). Nesta página, utilizou-se o *link*: "Legislação Federal da Saúde". Nesta, por sua vez, foram obtidos documentos por dois acessos: o *link* "Políticas Públicas e Diretrizes para o SUS" e

"Pesquisa por Assunto", onde se optou pelos documentos relacionados aos temas "SUS" e "Saúde Mental".

O *link* "Políticas Públicas e Diretrizes para o SUS" apresenta seis subcategorias de documentos:

1. Políticas Nacionais: políticas públicas instituídas pelo MS;

2. Conferências de Saúde: relatórios finais, manuais, anais e cadernos das Conferências Nacionais e Temáticas de Saúde;

3. Encontros: encontros, plenárias, reuniões e seminários dos quais o MS participou;

4. Programas Nacionais: Programas de Saúde instituídos pelo MS;

5. Diretrizes do SUS: diretrizes, estratégias, pactos e planos instituídos pelo MS; e

6. Tratados: cartas, convenções, declarações, pactos e regras dos quais o MS é signatário.

E com relação à categoria (C) "Saúde Legis", foi realizada pesquisa com os seguintes critérios: "tipo de norma: todos"; "origem: MS"; "situação: vigente". Seguiu-se este padrão de pesquisa para três grupos de palavras-chave (assunto): atenção básica, atenção primária; psicólogo, psicologia, psicológico, psicológica; e mental, mentais.

Cabe um breve esclarecimento com relação às diferentes origens dos atos legais a que pertencem os documentos pesquisados. Leis são de competência do Poder Legislativo, sancionadas pelo respectivo Poder Executivo. Decretos são atos administrativos da competência exclusiva do chefe do Executivo, para atender situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e funcionamento de serviços. Resoluções e deliberações são diretrizes ou regulamentos emanados de órgãos colegiados, tais como os Conselhos de Saúde. Têm-se ainda, as publicações relacionadas à legislação (textos, manuais, relatórios, etc.) que reúnem princípios e diretrizes dos atos legais, visando oferecer subsídios aos gestores, profissionais, pesquisadores e demais interessados no setor saúde (Brasil, 2004b).

Para uma melhor visualização desta primeira etapa de seleção dos documentos, segue um diagrama ilustrativo:

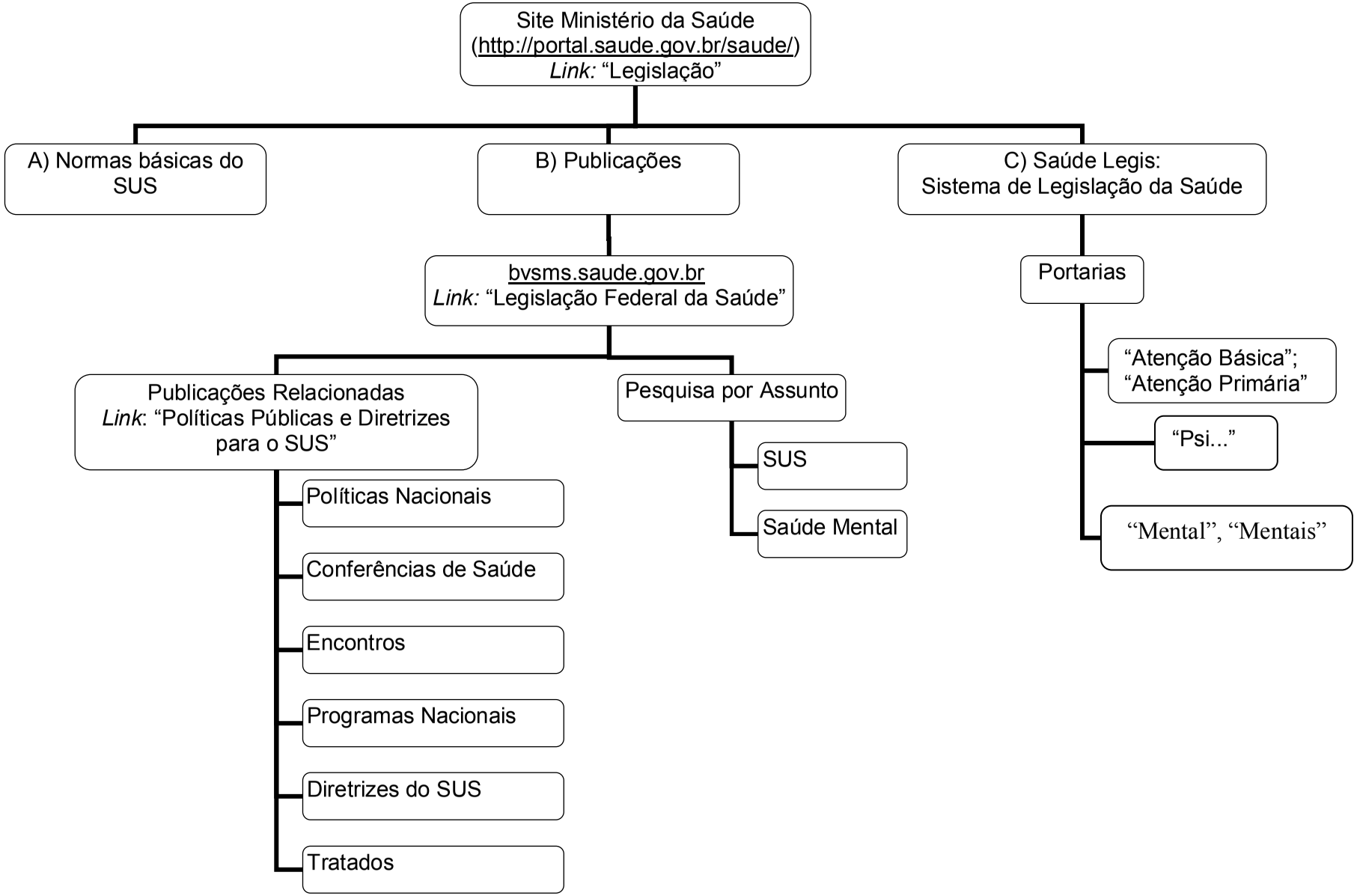

Figura 2: diagrama ilustrativo da primeira etapa do processo de seleção dos documentos.

Esta primeira etapa de seleção reuniu o material documental utilizado na pesquisa. A tabela 1 apresenta o número de documentos de acordo com a classificação proposta no *site* do Ministério da Saúde.

Tabela 1: Número de documentos de acordo com a classificação proposta no *site* do MS.

CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	NÚMERO TOTAL DE DOCUMENTOS
(A) Normas básicas do SUS	7
(B) Publicações relacionadas com a Legislação Nacional da Saúde	11
Link: Políticas Públicas e diretrizes para o SUS:	
Políticas Nacionais	59
Conferências Nacionais de Saúde	11
Conferências Temáticas	22
Encontros	11
Programas Nacionais	16
Diretrizes do SUS	21
Tratados	50
Link: Pesquisa por Assunto	
"SUS"	10
"Saúde Mental"	05
(C) Saúde Legis (portarias)	
"atenção primária", "atenção básica"	419
"psicologia", "psicológico", "psicológica", "psicólogo"	08
"mental", "mentais"	314
TOTAL	**964**

4.2.2. SEGUNDA ETAPA: SELEÇÃO DOS DOCUMENTOS RELACIONADOS AO TEMA DA PESQUISA.

Em uma segunda etapa, foram selecionados os documentos que apresentaram alguma relação com o tema da pesquisa. Para tanto, foi realizada a leitura dos documentos e, para os documentos muito extensos, a busca das seguintes palavras-chave: "atenção básica"; "atenção primária"; "psicólogo"; "psicologia"; "psicológico"; "psicológica"; "mental"; "mentais". Esta etapa de seleção constitui-se o primeiro "filtro" que permitiu uma redução do volume do material documental. Pelo critério de relevância, foram selecionados todos os

documentos que, pela leitura, tivessem relação com o tema de pesquisa e todos os que apresentavam ao menos uma das palavras-chave citadas.

A tabela 2 apresenta os resultados numéricos desta segunda etapa de seleção dos documentos.

Tabela 2: Documentos que apresentaram relação com o tema de pesquisa.

CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	Nº TOTAL DE DOCUMENTOS (1ª etapa)	Nº DE DOCUMENTOS RELACIONADOS AO TEMA DE PESQUISA (2ª etapa)
(A) Normas básicas do SUS	7	4
(B) Publicações relacionadas com a Legislação Nacional da Saúde	11	8 (-1 coincidente) = 7
Link: Políticas Públicas e diretrizes para o SUS:		
Políticas Nacionais	59	16 (-1 coincidente) = 15
Conferências Nacionais de Saúde	11	8
Conferências Temáticas	22	8
Encontros	11	1
Programas Nacionais	16	2
Diretrizes do SUS	21	8 (-1 coincidente) = 7
Tratados	50	2
Link: Pesquisa por Assunto		
SUS	10	05
Saúde Mental	05	04
(C) Saúde Legis (portarias)		
"atenção primária", "atenção básica"	419	07 (1 coincidente) = 6
"psicologia", "psicológico", "psicológica", "psicólogo"	08	01
"mental", "mentais"	314	45 (2 coincidente) = 43
TOTAL	**964**	**113**

Nota-se que a tabela faz referência a "documentos coincidentes", em função de que nesta segunda etapa, ao realizar a leitura dos documentos e busca de palavras-chave, verificou-se que havia documentos coincidentes dentro de uma mesma classificação ou mesmo em classificações diferentes. Por exemplo, nas "Políticas Nacionais" constava o documento "Síntese das Diretrizes para Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004 a 2007", com conteúdo coincidente ao documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004 a 2007". Outro exemplo é a Portaria 2607

(13/12/2004), que apareceu duas vezes no processo de seleção, pertencente aos documentos da classificação (C) Saúde Legis (portarias): referentes a "atenção primária", "atenção básica" e, também a "mental", "mentais". Esta portaria refere-se à aprovação do Plano Nacional de Saúde – um Pacto pela Saúde no Brasil, com conteúdo coincidente ao documento "Plano Nacional de Saúde – um Pacto pela Saúde no Brasil (2005), por sua vez, pertencente à classificação "Diretrizes do SUS". Sendo assim, dentre os documentos coincidentes, foi utilizado apenas um, desconsiderando os demais.

4.2.3. TERCEIRA ETAPA: CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE ACORDO COM O CONTEÚDO.

Em uma terceira etapa foi realizada a classificação dos documentos em categorias temáticas (de acordo com o conteúdo dos mesmos), considerando as partes dos documentos onde se encontravam as palavras-chave. Abaixo, segue a definição das categorias estabelecidas.

1) Diretrizes: todos os documentos que apresentam princípios que dizem respeito à política de saúde em si, enquanto organização da atenção à saúde, que orientam para um modelo de atenção, que trazem normas de operacionalização da assistência e/ ou estabelecem prioridades, objetivos e metas para os serviços de saúde.

2) Financiamento: documentos que tratam de incentivos e formas de financiamentos dos serviços de saúde.

3) Sistema de informação: documentos que dizem respeito a registros; cadastros; classificação de serviços/ procedimentos.

4) Institui equipes: documentos que tratam da instituição de grupos de trabalho/ comissão/ comitê.

5) Encontros/ Fórum/ Conferência: documentos que se referem à convocação de encontros, fóruns e conferências.

6) Propostas para elaboração de políticas públicas: documentos resultantes das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Temáticas.

7) Formação profissional em saúde: documentos que tratam da reorientação da formação profissional em saúde.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos documentos nas categorias temáticas. Trata-se de uma tabela simplificada, que apresenta os dados numéricos. Os trechos selecionados a partir dos documentos, utilizados no processo de categorização temática, não serão apresentados tendo em vista sua extensão.

Tabela 3: Distribuição numérica dos documentos de acordo com as categorias temáticas.

	CATEGORIAS TEMÁTICAS						
CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	**Diretrizes**	**Financiamento**	**Sistema de informação**	**Institui equipes**	**Encontros/ Fórum/ Conferência**	**Propostas**	**Formação profissional em saúde**
Normas Básicas (4 de 7)	4						
Publicações Relacionadas (7 de 11)	7						
Políticas Nacionais (15 de 59)	12		1				2
CNS (8 de 11)						8	
Conferências Temáticas (8 de 22)						8	
Encontros (1 de 11)	1						
Programas Nacionais (2 de 16)	1						1
Diretrizes do SUS (7 de 21)	7						
Tratados (2 de 50)	2						
Pesquisa por assunto: SUS (5 de 10)	5						
Pesquisa por assunto: SM (4 de 5)	4						
Portarias "AP/ AB" (6 de 419)	2			4			
Portarias "psi..." (1 de 8)							1
Portarias "mental; mentais" (43 de 314)	20	2	8	10	3		
TOTAL : 113	**65**	2	9	14	3	16	4

Seguindo o critério de relevância ao tema de pesquisa, nesta terceira etapa foram selecionados apenas os documentos pertencentes à categoria “diretrizes” (65 documentos).

4.2.4. QUARTA ETAPA: SELEÇÃO DOS DOCUMENTOS COM CONTEÚDO QUE APONTAM PARA UMA CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO E QUE FAZEM REFERÊNCIA AO PSICÓLOGO

A quarta etapa apresenta-se como uma “etapa mista”, ou seja, refere-se ainda a seleção dos documentos, mas também nela, iniciou-se o processo de análise. Os sessenta e cinco documentos pertencentes à categoria “diretrizes” foram analisados com objetivo de selecionar aqueles que apresentavam informações relevantes ao tema da pesquisa: os que apontavam para uma caracterização do tipo de assistência exigida/ planejada/ preconizada pela legislação federal de saúde referente à atenção básica e saúde mental e/ ou que faziam referência ao profissional de psicologia. Através desta análise, foram selecionados 50 dos 65 documentos.

4.3. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise propriamente dita, utilizou-se o conjunto dos cinqüenta documentos resultante do procedimento de seleção. Em anexo (APÊNDICE 1), encontra-se a lista completa dos 50 documentos.

Os documentos específicos referentes à Saúde Mental foram analisados na íntegra, independente de seu tamanho. Quanto aos documentos referentes à saúde em geral, apenas os que se relacionavam à atenção básica foram analisados na íntegra, sendo que os demais, foram analisados por trechos onde se encontravam as palavras-chave. A tabela 4 apresenta os documentos de acordo com sua classificação geral e o número de documentos analisados na íntegra e por trechos onde se encontravam as palavras-chave.

Tabela 4: Número de documentos utilizados na análise de conteúdo (na íntegra ou por trechos) de acordo com sua classificação geral.

Documentos/ classificação geral	Na íntegra	Por trecho
Normas Básicas (3 de 7)	3	
Publicações Relacionadas (6 de 11)	1	5
Políticas Nacionais (11 de 59)		11
Encontros (1 de 11)	1	
Programas Nacionais (1 de 16)	1	
Diretrizes do Sus (7 de 21)	1	6
Tratados (2 de 50)	1	1
Pesquisa por Assunto: SUS (5 de 10)	1	4
Pesquisa por Assunto: SM (4 de 5)	4	
Portarias: "at. Primária / Básica" (2 de 419)	2	
Portarias: "mental; mentais" (8 de 314)	1	7
Sub-totais	16	34
TOTAL:		**50**

Para facilitar análise posterior, foram identificadas nestes documentos três sub-categorias:

1) Conteúdo: buscou-se caracterizar o modelo de atenção à saúde, especificamente com relação à atenção básica e saúde mental, e se os documentos fazem referência ao profissional de psicologia, se indicam, sugerem ou exigem sua inclusão.

2) Nível de Atenção: de acordo com os níveis de atenção a que se referem: geral (sem especificação de nível) / básica / secundária / terciária;

3) Local: identificação e número de locais diferentes em que o psicólogo é incluído.

5. RESULTADOS

Os resultados da análise de conteúdo centrada no tema da pesquisa foram divididos em duas partes:

5.1. Resultados da análise dos documentos selecionados com objetivo de caracterizar a assistência em saúde (atenção básica e saúde mental).

5.2. Resultado da análise dos documentos que indicam, sugerem ou exigem a inclusão do psicólogo na equipe de saúde, com objetivo de: verificar o nível de atenção à saúde a que se referem e caracterizar a atuação do psicólogo preconizada.

5.1. PRIMEIRA PARTE DOS RESULTADOS: ANÁLISE DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS COM OBJETIVO DE CARACTERIZAR O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Através da leitura dos documentos, para esta etapa de análise, foram selecionados e utilizados apenas os documentos que apresentaram informações que possibilitassem uma caracterização do modelo de atenção à saúde preconizado com relação à atenção básica e saúde mental. Foram selecionados 24 dos 50 documentos. A relação dos documentos de acordo com sua classificação e a lista de referências bibliográficas encontram-se nos Apêndices 2 e 3, respectivamente.

Em um primeiro momento serão apresentados os resultados de forma descritiva, contendo as informações relevantes de cada documento[1], agrupados nos seguintes temas:

5.1.1. Atenção Básica - Estratégia Saúde da Família

5.1.2. Saúde Mental: Mudança de Modelo

5.1.3. Saúde Mental: Serviços Substitutivos

5.1.4. Saúde Mental: Apoio Matricial

5.1.5. Saúde Mental nos Planos Nacionais

5.1.6. Saúde Mental: Relatório de Gestão

[1] Os resultados descritivos são apresentados por meio de uma síntese das informações dos documentos, como também, através da transcrição de alguns trechos. Contudo, devido à extensão das citações, estas não serão grifadas. O destaque em negrito foi utilizado para ressaltar pontos considerados relevantes para a discussão.

Os resultados descritivos são seguidos de breves comentários do pesquisador que têm por objetivo facilitar a leitura e destacar questões a serem discutidas.

Em seguida, apresentar-se-á uma síntese dos resultados visando caracterizar a assistência à saúde (item 5.1.7).

5.1.1. ATENÇÃO BÁSICA – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Portaria 648 (29/06/2006): Política Nacional de Atenção Básica

Esta portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica: para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2006).

De acordo com este documento, a Atenção Básica:

- Orienta-se pelos princípios da universalidade; da integralidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado; da intersetorialidade, do vínculo e continuidade; da responsabilização; da humanização; da equidade e da participação social.

- Compreende o desenvolvimento de ações integrais desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estas ações correspondem à prática de vigilância da saúde do novo modelo de atenção cuja efetivação é buscada através da ESF.

Compõem a equipe mínima da ESF: médico (clínico geral); enfermeiro e agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde bucal (ESB) são em número equivalente as equipes de saúde da família e devem atuar de forma integrada, segundo a lógica da ESF.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional: a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose; o controle da hipertensão arterial; o controle do diabetes mellitus; a eliminação da desnutrição infantil; a saúde da criança; a saúde da mulher; a saúde do idoso; a saúde bucal e a promoção da saúde.

COMENTÁRIO:

- A portaria não traz a Saúde Mental como parte das áreas estratégicas definidas para a Atenção Básica em território nacional.

- A Política Nacional de Atenção Básica claramente estabelece que as **Equipes de Saúde da Família**, nas Unidades Locais de Saúde, são a **referência**, responsáveis pela integralidade e continuidade do cuidado e pela organização do sistema de saúde.

5.1.2. SAÚDE MENTAL: MUDANÇA DE MODELO

Portaria 272 (01/04/1998): Reafirma a desospitalização e o desenvolvimento dos modelos substitutivos, retomando o programa de apoio a desospitalização e investigação das razões de sua paralisação.

Portaria 799 (20/07/2000): Institui, no âmbito do SUS, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

Dentre as atividades deste Programa, destaca-se:

- avaliação da assistência à Saúde Mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da Saúde Mental;

- supervisão e avaliação, *in loco*, dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do SUS, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à Saúde Mental instituído no País;

- análise, avaliação e proposição de alternativas assistenciais na área de saúde mental;

- elaboração e proposição de protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à Saúde Mental que venha a compor as Centrais de Regulação.

Legislação em Saúde Mental: 1990-2004

Este documento reúne o conjunto de atos legais que norteiam o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, do período de 1990 a 2004. Dentre as leis Federais destacam-se:

1. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999: dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos.

2. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001: esta lei tem especial importância, assume a dimensão de ser uma "lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil" e constitui a base legal de todas as iniciativas da Reforma. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.

3. Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003 (Lei do Programa de Volta Para Casa): institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Portaria 52 (21/01/2004): Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS-2004.

Este programa visa acompanhar o processo de mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura, em que a redução dos leitos hospitalares venha a ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às **ações territoriais e comunitárias de saúde mental**, como os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, ambulatórios, Atenção Básica e outros.

Política Nacional de Regulação. Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. (2006), e Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (2006)

Estes documentos trazem o reconhecimento do papel protagônico da Atenção Básica e caracteriza a média complexidade como um estágio aberto às demandas da Atenção Básica, com o papel de lhe conferir maior resolubilidade.

Apontam a Saúde Mental como área estratégica, refletida em políticas específicas para orientar o processo de programação, que tem como parâmetros:

1) Saúde Mental na Atenção Básica: para rede de saúde com CAPS; para rede de saúde sem CAPS.

2) CAPS: devem desenvolver as seguintes ações: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, ações de inclusão social pelo trabalho, supervisão e apoio às equipes da atenção básica (matriciamento).

3) Ambulatórios;

4) Desinstitucionalização;

5) leitos integrais em Saúde Mental: Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, leitos de CAPS III, leitos de urgência.

5.1.3. SAÚDE MENTAL: SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Portaria 106 (14/02/2000): cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos" (SRT).

Residências terapêuticas: o que são, para que servem (2004).

Juntamente com os programas “De Volta Para Casa” e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, os Serviços Residenciais Terapêuticos buscam concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

Estes serviços oferecem alternativas de moradia para portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço

comunitário; egressos de internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos CAPS, para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS. Trata-se do início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.

Cada SRT atende de 1 a 8 residentes e conta com suporte interdisciplinar dos CAPS de referência; e das equipes da Atenção Básica.

Portaria 336 (20/02/2002):

Estabeleceu a tipologia dos CAPS nas seguintes modalidades: CAPS I, II e III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; e pela finalidade: infanto-juvenis (CAPSi) e álcool/drogas (CAPSad). Estabeleceu também, as modalidades de cuidados em Saúde Mental: "intensivo", "semi-intensivo" e "não-intensivo", de acordo com a necessidade de cada usuário.

- O CAPS III, funcionando 24 horas, não se distingue apenas pela maior complexidade, mas principalmente pelo potencial estratégico de substituição do modelo hospitalar. Já os CAPS "i" e "ad", segundo a portaria, constituíram inovações tecnológicas importantes.

- O artigo 1º, parágrafo 2º, desta portaria, institui que: os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

COMENTÁRIO: a portaria ressalta a condição de territorialidade dos CAPS. Condição esta raramente presente nestes serviços, que na sua maioria, na sua tipologia, são únicos e, portanto, referência para todo o município a que pertencem.

Direito Sanitário e Saúde Pública. Vol. 1 e 2. (2003):

Com relação aos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, este documento discorre sobre a Rede diversificada de Serviços em Saúde Mental, disposta em uma ordem que tem como referência o Serviço Territorial de Atenção Diária em Saúde Mental, de base comunitária, os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) (p. 155).

COMENTÁRIO: Este documento reconhece os **CAPS,** enquanto Serviço Territorial de Atenção Diária em Saúde Mental, **como referência** da Rede diversificada de Serviços em Saúde Mental.

Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003):

Este documento estabelece as diretrizes da atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ressalta que as políticas e práticas devem, obrigatoriamente estar integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de SM / Álcool e Drogas do MS (Lei Federal 10.216).

O tratamento na Atenção Básica a estes usuários deve incluir: acesso a medicamentos; atenção na comunidade; educação em saúde; envolvimento das comunidades / famílias / usuários; intersetorialidade; monitoramento da saúde mental na comunidade e formação de recursos humanos (p. 11).

Modelo de atenção constituído pelos CAPS e Redes Assistenciais: o dispositivo do CAPS, fazendo um uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, realiza uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, representando uma eficiente ação de prevenção secundária dos transtornos mentais severos e persistentes (p. 38 - 42).

Os CAPSad também podem ter a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber: 1) quando são a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação; 2) quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas; 3) devem ainda supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de

seu território; 4) devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental (p. 43).
COMENTÁRIO: como os demais documentos que se referem aos CAPS, o documento traz a diretriz de territorialidade dos mesmos, dentre eles o CAPS ad, de forma que o mesmo possa atuar na comunidade, diretamente, como porta de entrada, ou supervisionando as equipes da atenção básica. Ressalta-se, novamente, que os CAPS, na sua maioria, não são territorializados.

Atenção Psicossocial: Portaria MS/GM nº 678 (30/3/2006):

Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da rede pública de saúde mental. Prevê o estabelecimento de parceria MS e instituições de ensino, pesquisa e extensão: pesquisa e produção de conhecimento para avaliação e aperfeiçoamento dos CAPS e demais serviços da rede pública de saúde mental, focalizando: acessibilidade, organização dos serviços, gestão, qualidade da atenção, efetividade, formação profissional e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários.

Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial, 2004.

Este documento traz informações sobre a origem dos CAPS; seu crescimento em todo o país; seu funcionamento; a integração com a rede de saúde; a participação dos usuários e familiares; a distribuição dos medicamentos; a relação com a rede básica.

Reforça a posição do CAPS como dispositivo estratégico na organização da rede comunitária de cuidados e direcionamento local das políticas e programas de SM. Através do desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, dispensação de medicamentos, encaminhamento e acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

Com base na Portaria 336, o documento descreve as ações e metas dos CAPS. São elas:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;

- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;

- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

- Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);

- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área.

- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;

- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

O documento reforça a importância dos conceitos de **rede e território** para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e sua relação com a rede básica de saúde. Afirma que a rede básica de saúde é constituída pelas Unidades Locais de Saúde, por profissionais atuando de acordo com a Estratégia de Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. E que os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Para que essa integração aconteça, segundo o documento, o CAPS precisa:

- **conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território**;

- estabelecer iniciativas conjuntas de **levantamento de dados** relevantes sobre os **principais problemas e necessidades de saúde mental no território;**

- realizar **apoio matricial às equipes da atenção básica**, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;

- realizar **atividades de educação permanente** (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

Quando o território for constituído por uma grande população de abrangência, o documento orienta que o CAPS discuta com o gestor local a possibilidade de acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais **equipes de saúde mental**, destinadas a realizar essas atividades de apoio à rede básica. Essas atividades não devem assumir características de uma "especialização", devem estar integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS.

As atuais diretrizes orientam que, onde houver cobertura do Programa de Saúde da Família, deverá haver **uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF.**

COMENTÁRIO: o documento reforça o papel do CAPS enquanto organizador da rede de serviços de saúde mental de seu território, portanto, coloca-o como porta de entrada da rede de assistência em saúde mental.

5.1.4. SAÚDE MENTAL: APOIO MATRICIAL

HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico, 2004.

HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial, 2004.

HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2006, 3a. ed.

Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2007.

Estes quatro documentos fazem parte das publicações referente à Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS, que têm por objetivo disseminar algumas tecnologias de

humanização da atenção e da gestão no campo da saúde, instituindo novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. Para fins desta pesquisa, ressalta-se nestes documentos a sua abordagem com relação ao apoio matricial. De forma geral, definem-no como um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência (equipes de saúde da família da atenção básica) com o objetivo de ampliar a oferta de ações em saúde, lançando mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência.

Portaria 154 (25/01/2008):

Esta portaria institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Trata-se de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF.

Os NASF têm por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Assim, os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família, de forma a buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família.

Segundo a portaria, a responsabilização compartilhada entre as equipes de saúde da família e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de **acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/ Saúde da Família**, atuando no fortalecimento de seus atributos e no seu papel de coordenação do cuidado no SUS.

A portaria prevê duas modalidades de constituição dos NASF, sendo que é vetada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal:

- NASF 1: composto por, no mínimo **cinco profissionais** de nível superior de ocupações não-coincidentes entre: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Cada NASF 1 deve ser vinculado a no **mínimo 8 e no máximo 20 equipes de SF.** Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a no mínimo 5 e no máximo 20 equipes de SF.

- NASF 2: composto por no mínimo **três profissionais** de nível superior de ocupações não-coincidentes entre: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. Cada NASF 2 deve ser vinculado a no **mínimo 3 equipes de SF**. O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos é de um NASF 2, sendo que, somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

A composição de cada um dos NASF deve ser definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. A portaria ressalta que, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental. Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

Com relação à carga horária, os NASF devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, sendo que a carga horária dos profissionais do NASF, considerados para repasse de recursos federais é de, no mínimo, quarenta horas semanais. Observando-se, contudo, o seguinte: para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de quarenta horas semanais, podem ser registrados dois profissionais que cumpram um mínimo de vinte horas semanais cada um; e para as demais ocupações vale a definição das quarenta horas semanais.

Abaixo, segue as **ações gerais de responsabilidade dos profissionais que compõem o NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF**:

- **identificar**, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas, assim como o **público prioritário** a cada uma das ações;

- **atuar, de forma integrada e planejada,** nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;

- **acolher os usuários e humanizar a atenção;**

- desenvolver coletivamente, com vistas à **intersetorialidade**, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;

- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de **organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde**;

- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF, assim como, material educativo e informativo nas suas áreas de atenção;

- **avaliar,** em conjunto com as equipes de SF e os Conselhos de Saúde, o **desenvolvimento e a implementação das ações** e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

- **elaborar projetos terapêuticos individuais**, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes da ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Especificamente com relação às áreas de apoio do NASF e as ocupações a elas relacionadas, pela portaria, têm-se:

- Ações de Atividade Física/ Práticas Corporais: professor de educação física.
- Ações de Reabilitação: fisioterapeuta, fonoaudiólogo.
- Ações de Alimentação e Nutrição: nutricionista.
- Ações de Saúde Mental: psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional.
- Ações de Serviço Social: assistente social.
- Ações de Saúde da Criança: pediatra.
- Ações de Saúde da Mulher: ginecologista/ obstetra.
- Ações de Assistência Farmacêutica: farmacêutico.

As ações de Saúde Mental são descritas na portaria como: atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e a reinserção social. Compreendem: ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis; ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e ações de redução de danos e combate à discriminação.

A portaria ressalta que a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que inclui a Atenção Básica/ Saúde da Família, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os freqüentam e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a melhor utilização das

potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da eqüidade, da integralidade e da construção da cidadania.

Detalhamento das ações de Saúde Mental:

- realizar **atividades clínicas** pertinentes a sua responsabilidade profissional;

- apoiar as equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;

- **discutir com as equipes de SF os casos identificados** que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;

- desenvolver **ações de mobilização de recursos comunitários**, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e

- **ampliar o vínculo com as famílias,** tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

COMENTÁRIO:

As ações gerais de responsabilidade dos profissionais que compõem o NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF descritas nesta portaria, assim como algumas das ações específicas de saúde mental**, são ações características de Atenção Básica,** ou seja, desenvolvidas "na e com a comunidade" e que requerem participação dos profissionais do NASF nos processos de **territorialização; planejamento; acompanhamento e avaliação das atividades**. Exige, portanto, presença e contato constantes no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família e na comunidade. O que se torna inviável, considerando o processo de trabalho preconizado, sobretudo, a abrangência da responsabilidade de cada NASF (oito a vinte equipes de saúde da família, no caso do NASF II) e o contato restrito (semanal) entre a equipe de apoio e as de saúde da família pelas quais é responsável.

Destaca-se ainda, a ação "**discutir com as equipes de SF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas".** Considerando o princípio da integralidade na atenção à saúde, não seriam todos os casos que deveriam contar com a "ampliação da clínica em relação a questões subjetivas"? De fato, deveriam, contudo, o processo de trabalho do apoio matricial impõe um limite de contato e de tempo do profissional matriciador junto à comunidade e aos profissionais de saúde da família, fazendo com que se mantenha a lógica do modelo tradicional, focado no sintoma, na doença, nos "casos identificados".

"Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários" (texto anexo do documento: Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial, 2004).

Este texto oferece uma sistematização da organização do apoio matricial específico da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica. Segue em linhas gerais as determinações:

- Onde houver CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental: os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da Atenção Básica, programando sua carga horária para **encontros semanais**, e **formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências**. No caso de

municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir apoio matricial a todas as equipes da Atenção Básica é possível planejar a expansão do número de CAPS e/ou compor esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial da seguinte forma:

a) Onde não houver serviços de saúde mental: criação de **equipes de apoio matricial** compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro etc.) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes.

b) No caso de municípios com menos de 20 mil habitantes é possível pensar em equipes de apoio matricial mais simples, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior.

- A Coordenação de Saúde Mental tem recomendado que os municípios com menos de 20 mil habitantes organizem sua atenção em saúde mental sem os CAPS, trabalhando com a lógica de apoio matricial proposta anteriormente.

De forma geral, as equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica incorporam ações de **supervisão**, **atendimento em conjunto** e **atendimento específico**, além de participar das **iniciativas de capacitação**. Abaixo, segue a relação de responsabilidades compartilhadas entre Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica (semelhante às ações específicas de saúde mental dos NASF).

- **Desenvolver ações conjuntas,** priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar.

- Discutir casos identificados pelas equipes da Atenção Básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas.

- Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos etc. nos grupos de risco e nas populações em geral.

- Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização_de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.

- Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura.

- **Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários,** buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial.

- Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas Unidades de Saúde, bem como na comunidade.

- Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial.

- Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

COMENTÁRIO: novamente ressalta-se que a abrangência das ações de responsabilidade entre equipes matriciais de saúde mental e atenção básica requer presença e contato constantes da equipe de apoio matricial no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da família e na comunidade. O que se mostra inviável considerando a abrangência da responsabilidade das equipes matriciais: uma equipe matricial para seis a nove equipes de saúde da família. E ainda, que o contato previsto entre as equipes no processo de trabalho do apoio matricial é (apenas) de **encontros semanais**, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências (geralmente, via contato telefônico).

5.1.5. SAÚDE MENTAL NOS PLANOS NACIONAIS

Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002)

Este documento assinala a responsabilização do SUS e da rede de atenção à SM pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança. Destaca o desafio do

fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da justiça para o redirecionamento da assistência ao louco infrator. Dentre as diretrizes abordadas neste documento, destacam-se:

- Programas Permanentes de Reintegração Social nos HCTP, interdisciplinares e intersetoriais, como meta constante do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

- A recomendação ao Ministério da Justiça para impedir a construção de novos Hospitais de Custódia ou ampliação dos já existentes;

- Recomendação de transferência do recurso advindo do processo de desinternação das pessoas dos HCTP para a implantação de residências terapêuticas;

- Adaptação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) para sua aplicação em Hospitais de Custódia;

- Que os HCTP sejam reorientados, atendendo a um modelo de tratamento psiquiátrico adequado (com vistas a desinstitucionalização; articulação do HCTP com a rede pública de saúde mental; articulação das diferentes redes de atendimento existentes: justiça, assistência social e saúde).

- Responsabilização dos serviços territoriais junto à equipe dos manicômios judiciários, para a inserção dos pacientes nos serviços de saúde mental de sua comunidade.

Portaria 1777 (11/09/2003)

Esta portaria aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. As ações e serviços decorrentes desse Plano têm por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que a acometem.

- População alvo: 100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

- Apresenta o elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional e do mínimo da assistência no nível da média complexidade.

- Ações de Atenção Básica: a) controle de tuberculose; b) controle de hipertensão e diabetes; dermatologia sanitária – hanseníase; d) Saúde Bucal; e) Saúde da Mulher.

- Ações complementares: a) diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/Aids; b) **Atenção em saúde mental**; c) protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema; d) Agentes Promotores de Saúde.

- Especificamente com relação à saúde mental cita: ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento; atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

- Resultados e metas referentes à saúde mental: implantação de Programas de Atendimento Psicossocial nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano; atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva de redução de danos em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano.

COMENTÁRIO: estes documentos estabelecem mecanismos para extensão da assistência em saúde do SUS aos detentos do sistema penitenciário, incluindo-se saúde mental. Essa iniciativa permitirá não só estender o olhar e o cuidado em saúde mental às prisões, mas também uma mudança de modelo de atenção à saúde nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil (2005)

- Este documento aponta a Saúde Mental como uma das iniciativas prioritárias.

- Assinala como desafios na área de SM: o fortalecimento das políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; a **consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial,** promotora da reintegração social e da cidadania; a

implementação de uma política de Saúde Mental eficaz no atendimento de pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego; e o aumento dos recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

Dentre as prioridades destaca:

- Aumento da oferta de medicamentos da farmácia básica nas unidades de saúde, no âmbito da saúde mental, utilizados nos CAPS.

- SM nas ações de promoção à saúde do adolescente.

- SM na atenção integral à saúde da mulher.

- Ações frente aos agravos à SM da população presidiária.

- Ampliar a atenção em SM: foco na consolidação do modelo de base comunitária: qualificação, ampliação e fortalecimento da rede extra-hospitalar (SRT; assistências psiquiátricas em Hospitais Gerais; CAPS/ NAPS).

- Incrementar as ações dirigidas à reabilitação psicossocial (programa "De Volta para Casa").

- Em relação aos dependentes químicos, buscar facilitar o acesso das famílias, cujo pai ou mãe seja dependente, aos benefícios da Previdência Social, sem a exigência de contribuição, desde que este esteja em tratamento em serviços públicos ou ofertados por Organização Não-Governamental e que comprove não ter recursos para suprir as necessidades familiares básicas.

- Desenvolver um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica.

- A promoção dos direitos de usuários e familiares.

- Tratamento digno e de qualidade ao portador de transtorno mental infrator.

- Avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos por intermédio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria).

E com relação às metas para o período 2004-2007:

- Expandir a rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em 1.700 novos serviços (entre os seguintes dispositivos: CAPS, SRTs, unidades psiquiátricas em hospital geral).

- Conceder auxílio reabilitação psicossocial a 10.000 egressos de longas internações psiquiátricas no SUS ("De Volta para Casa").

COMENTÁRIO: Trata-se de um documento bastante abrangente (diretriz de um planejamento nacional/ pacto pela saúde) e assim, lista como prioridades uma vasta gama de ações (gerais e específicas). Contudo, contempla nas metas apenas a expansão dos serviços extra-hospitalares para transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e concessão de auxílio reabilitação psicossocial. Restringindo assim, a garantia de realização e o acompanhamento das demais ações eleitas como prioritárias. Nota-se que as metas estabelecidas não contemplam a Saúde Mental na Atenção Básica, embora seja destacada como prioridade.

Portaria 325 (22/02/2008)

Esta portaria estabelece prioridades, objetivos e metas do **Pacto pela Vida para 2008,** os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

- **Mantém-se a Saúde Mental como uma das prioridades**.

Com relação aos indicadores de monitoramento e avaliação para SM:

- ampliar cobertura de CAPS;

- beneficiar pacientes de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos por meio do Programa de Volta para Casa (PVC).

COMENTÁRIO: No Pacto pela Vida para 2008, em comparação ao Pacto pela Saúde em 2005, observa-se a manutenção da área da Saúde Mental como uma das prioridades e uma semelhança de indicadores de monitoramento: concessão de benefício do PVC e ampliação de CAPS, neste caso, mais abrangente por não especificar a tipologia (álcool e drogas, como no pacto anterior). Ressalta-se que, novamente, os indicadores não contemplam a Saúde Mental na Atenção Básica.

5.1.6. SAÚDE MENTAL: RELATÓRIO DE GESTÃO

Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006 (2007).

Trata-se do relatório apresentado à Comissão Intergestores Tripartite[2] referente aos avanços e dificuldades, entre 2003 e 2006, da gestão do complexo processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental.

O documento aponta a marca atingida em 2006, de mais de 1.000 CAPS cadastrados e em funcionamento no SUS, e a superação, pela primeira vez, do montante de recursos financeiros da atenção extra-hospitalar em relação àquele destinado aos hospitais psiquiátricos, num cenário de ampliação regular dos recursos. Com fundamento em ambos os fatos, o relatório afirma que a mudança do modelo assistencial psiquiátrico no SUS tornou-se uma realidade.

Como um dos principais desafios da gestão 2003-2006, o relatório assinala a construção e articulação da rede de atenção à saúde mental de base comunitária. Segundo o documento:

> *...somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços* (p. 11).

1. Com relação aos **avanços na construção de uma atenção em rede e de base comunitária em saúde mental no SUS,** aponta (p. 11):

a) **CAPS:** expressiva expansão e consolidação.

b) **Residências Terapêuticas.**

c) **Ambulatórios de Saúde Mental.** Com relação aos ambulatórios, o documento ressalta que ainda há muito a ser feito. Pois estes apresentam, em sua grande maioria, um

---

[2] Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas do governo: União; estados, Distrito Federal e municípios. Tem composição paritária de membros indicados pelo Ministério da Saúde; pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Neste espaço as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. Sendo necessário, portanto, uma reformulação do seu modo de funcionamento, rediscutindo o papel dos ambulatórios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços existentes.

d) **Centros de Convivência e Cultura.** O documento aponta este como um dispositivo altamente potente e efetivo na inclusão social das pessoas com transtornos mentais em tratamento. Afirma que a implantação dos Centros de Convivência e Cultura nos municípios necessita, como requisito, de resposta pública efetiva e consolidada para os transtornos mentais severos e persistentes. Articulação MS - Ministério da Cultura.

e) **Saúde mental na atenção básica: as Equipes Matriciais de Referência**. As diretrizes têm enfatizado a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes. A partir de 2005, os indicadores de saúde mental passaram a fazer parte do elenco de indicadores da atenção básica, embora a mudança no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) ainda não tenha entrado em vigor. Em 2006, foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica (entre outros) nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), publicados na Portaria 1.097, de 22 de maio de 2006, e intensificou-se o esforço de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental.

Segundo o relatório, em um número expressivo de municípios existem profissionais de saúde mental lotados em Centros e Postos de Saúde, realizando consultas, atendimento individual, atendimento em grupo, ações de promoção da saúde. Ressalta, porém, que esta forma de **atendimento ambulatorial na atenção básica, tradicional na saúde pública brasileira, necessita de maior efetividade, resolubilidade e articulação mais orgânica com a rede de saúde.**

A estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental, de acordo com o relatório, foi articulada junto aos gestores e cada vez mais os municípios têm aderido a esta proposta. Com base em diretrizes gerais, a atenção em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde passa a desenvolver diferentes modelagens de norte

a sul, acompanhando as mudanças. Daí a importância da organização de planos municipais de saúde mental que, partindo da realidade local, planejam e implantam uma rede de saúde mental, por meio da **organização de CAPS por território**, obedecendo aos parâmetros de cobertura, com equipes ampliadas, para que esses serviços possam dar conta do trabalho de matriciamento às equipes da atenção básica, além dos demais dispositivos necessários a essa rede. De todos os CAPS, espera-se que realizem atividade sistemática de matriciamento, o que é aferido através do Programa AVALIAR-CAPS.

O relatório afirma também que os mecanismos de indução financeira, pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica, são fundamentais. E ressalta que esta deverá ser uma das principais prioridades para a expansão e qualificação da saúde mental na atenção básica na gestão 2007–2010.

E com relação à formação dos profissionais, o documento adverte que os cursos e as capacitações devem buscar a integração – Saúde da Família e Saúde Mental – numa única rede de cuidados aos usuários de todo o SUS.

f) **Hospitais-Dia.** Por tratar-se de uma tecnologia de cuidado em processo de superação, o relatório aponta que o MS deverá recadastrar nos próximos anos os hospitais-dia que já funcionam como CAPS e rediscutir aqueles que permanecerem com um perfil hospitalar, os quais têm mostrado baixa efetividade na reintegração social dos pacientes egressos de internações. Espera-se que a implantação de serviços comunitários (CAPS e ambulatórios) e a expansão da atenção psiquiátrica em hospitais gerais conduzam à superação progressiva deste dispositivo, que teve importância histórica na mudança do modelo de atenção em saúde mental.

2. Com relação à **reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e o Processo de Desinstitucionalização,** ressalta (p. 23):

- avanços obtidos pelos Programas: a) Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria); b) Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) - leitos de atenção integral em saúde mental (hospitais gerais, Caps III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas); e c) Programa de Volta para Casa.

3. Com relação à **atenção para transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas,** destaca os avanços a partir da construção, em 2003, da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (p. 35).

4. Com relação à **formação profissional** destaca (p. 39) o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica e o mecanismo de estímulo à supervisão clínico-institucional dos CAPS.

5. De forma geral, com relação aos **avanços na construção e implementação de políticas e programas de saúde mental,** destaca o desafio da intersetorialidade (p. 41):

6. Por fim, o documento aborda a questão da **sustentabilidade da mudança de modelo** (p. 53).

O documento afirma que com o Pacto pela Vida e seus componentes Pacto pela Saúde e de Gestão do SUS, a Política de Saúde Mental é chamada a construir coletivamente o desejável processo de descentralização e sustentabilidade da nova rede de atenção. E propõe construir a sustentabilidade da reforma psiquiátrica brasileira a partir das dimensões econômica; social; cultural e tecnológica.

a) Sustentabilidade Econômica**:** que as três esferas destinem recursos para a rede de serviços de saúde mental.

b) Sustentabilidade Social: propõe a criação de um *fator equidade* no financiamento da política de saúde mental, que pode se constituir em incentivo para projetos sociais inclusivos.

c) Sustentabilidade Cultural: necessidade de se modificar valores, hábitos, comportamentos para que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico sejam efetivamente pessoas de direitos e de desejos em nossa sociedade. E ampliar os recursos para projetos intersetoriais entre saúde e cultura.

d) Sustentabilidade Tecnológica: esta dimensão relaciona-se com as tecnologias do cuidado praticadas, geradas, transformadas no dia-a-dia dos serviços de saúde mental do novo modelo de atenção. Aqui, segundo o relatório, é preciso desenvolver projetos de educação e pesquisa centrados no trabalho em ato, trabalho vivo. O desenvolvimento de uma política estratégica de apoio à pesquisa na interface saúde mental/ saúde pública,

materializado em algumas iniciativas concretas de apoio a projetos é um caminho auspicioso implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 2005. Neste sentido, projetos de educação permanente, de formação profissional e de pesquisa precisam ser incrementados.

No próximo período, portanto, segundo o relatório, a sustentabilidade da política de saúde mental está vinculada ao Pacto pela Vida e para tanto, é preciso:

- estabelecer um Pacto pela Saúde Mental;
- garantir recursos financeiros para custeio e investimento nas três esferas de governo;
- criar um "fator equidade" ampliando recursos para saúde mental em projetos intersetoriais;
- incentivar a pactuação de projetos sintonizados com a cultura locorregional;
- implementar projetos de educação e pesquisa sobre as tecnologias desenvolvidas nos serviços de saúde mental.

5.1.7. SÍNTESE DOS RESULTADOS: CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

5.1.7.1. EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO REFERÊNCIA E ORGANIZADORES DE TODA A REDE DE ATENÇÃO.

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 648 de 29/06/2006) claramente coloca as **Equipes de Saúde da Família**, nas Unidades Locais de Saúde, como **referência,** ou seja, responsáveis pela integralidade e continuidade do cuidado e pela organização da rede do sistema de saúde. Da mesma forma, os documentos que tratam do apoio matricial às equipes de atenção básica (seja pelos NASF ou apoio matricial em saúde mental) mantêm as equipes de saúde da família como referência e organizadoras do sistema. Os documentos que corroboram esta estruturação do sistema de saúde são:

- Portaria 154 (25/01/2008);
- Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (2007);
- Política Nacional de Regulação. Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde (2006);
- Portaria 648 (29/06/2006): Política Nacional de Atenção Básica;
- Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (2006);
- HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS (2006);
- HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico (2004);
- HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial (2004);
- Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários (texto anexo do documento: Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial, 2004).

5.1.7.2. CAPS COMO REFERÊNCIA E ORGANIZADOR DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:

Documentos específicos da legislação da saúde mental apontam os **CAPS**, enquanto serviço territorial de atenção diária em saúde mental, como **referência** e organizador da rede diversificada de serviços em saúde mental, e portanto, regulador da porta de entrada

da rede de assistência em saúde mental de sua área. Como também, da função de matriciamento das equipes de atenção básica. Dentre eles:

- Direito Sanitário e Saúde Pública. Vol. 1 e 2. (2003).
- Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial (2004).

Outros dois documentos reforçam a condição de territorialidade dos CAPS:

- Portaria 336 (20/02/2002).
- Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003).

Nesta síntese é possível visualizar, de forma geral, uma incoerência entre a Política Nacional de Atenção Básica e as políticas específicas de Saúde Mental. A primeira define as equipes de saúde da família como referência e organizadoras de toda a rede de atenção à saúde. Já a legislação de saúde mental coloca os CAPS como porta de entrada e organizadores dos serviços de atenção à saúde mental. Evidenciando, assim, uma dicotomia entre saúde e saúde mental, como se a saúde mental formasse um sistema à parte.

5.2. SEGUNDA PARTE DOS RESULTADOS: ANÁLISE DOS DOCUMENTOS QUE TRATAM DA INCLUSÃO DO PSICÓLOGO NA EQUIPE DE SAÚDE

Os documentos que sugerem, indicam, ou exigem a inclusão do profissional de psicologia na equipe de saúde foram organizados na tabela 5 em que se pode visualizar a identificação destes documentos; a que níveis de atenção se referem e o número de locais diferentes em que inclui o psicólogo.

Tabela 5: Tabela dos documentos que tratam da inclusão do psicólogo na equipe de saúde de acordo com a sua classificação; com o nível de atenção, e o número de locais diferentes em que inclui o psicólogo.

CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO	NÍVEL DE ATENÇÃO*			
		G	**B**	**S**	**T**
PUBLICAÇÕES RELACIONADAS	- Direito Sanitário e Saúde Pública (vol. 1 e 2).			X	X
	- Estatuto da Criança e do Adolescente, 2006.	X			
	- Legislação sobre transplantes no Brasil, 2004.				X
	- Manual de legislação em saúde da pessoal com deficiência, 2006.			X	X
POLÍTICAS NACIONAIS	- Política Federal de Assistência Farmacêutica (1990-2002).		X		
	- Política Nacional de Atenção às Urgências, 2006.	X			
	- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS : Portaria MS/GM nº 971, de 03/5/2006	X			
	- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, 2001.	X			
PESQUISA POR ASSUNTO: SUS	- HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2006.			X	
	- HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico, 2004.			X	
PORTARIAS "Atenção Primária / Atenção Básica"	- Portaria 154 (25/01/2008). NASF			X	
PORTARIAS "mental; mentais"	- Portaria 1612 (12/09/2005). Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos SHRad				X
	- 1777 (11/09/2003). Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.		X		
	- 336 (20/02/2002). Estabelece que os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.			X	
NÚMERO DE LOCAIS DIFERENTES NOS QUAIS O PSICÓLOGO É INCLUÍDO:		--	1	7	9

Legenda*. G: "geral" - nível de atenção não especificado; B: Atenção Básica; S: Atenção Secundária; T: Atenção Terciária.

Na tabela 5, verifica-se que os documentos que tratam da inclusão do psicólogo nas equipes de saúde totalizam 14 documentos pertencentes a cinco categorias: Publicações Relacionadas (4); Políticas Nacionais (4); "Pesquisa por assunto: SUS" (2); Portarias: "atenção primária/ básica" (1) e Portarias: "mental, mentais" (3). A lista contendo as referências bibliográficas destes documentos encontra-se em anexo (Apêndice 4)

De acordo com o nível de atenção a que os documentos se referem:

a) Quatro documentos tratam da saúde de forma geral, sem especificar nível de atenção ou local de atuação do psicólogo.

b) Dois documentos tratam da atenção básica e incluem o psicólogo na equipe mínima para atenção básica no Sistema Penitenciário, nos moldes da Estratégia de Saúde da Família. Ambos referem-se a um mesmo local: unidades prisionais com mais de 100 detentos.

c) Seis documentos se referem ao psicólogo no nível secundário de atenção e apontam sete locais diferentes para a sua inclusão:

- Núcleos/ Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS);
- Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental;
- Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF);
- Núcleos/ Centros de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (NAD/CAD);
- Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade;
- Serviços de Reabilitação Física de nível intermediário;
- Ambulatórios Multidisciplinares Especializados (Serviços de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas);

d) E com relação ao nível terciário, quatro documentos apontam nove locais diferentes para a inclusão do psicólogo nas equipes de saúde:

- Hospitais para tratamento de pessoas portadoras de transtornos psíquicos;
- Equipes para realização de transplantes de medula óssea e de outros precursores hematopoéticos (recomenda inclusão);
- Hospitais-dia nas Unidades de Transplante de Medula Óssea;
- Hospitais (SIH - SUS) para um conjunto de até l5 leitos;
- Equipes que analisam decisão quanto ao tipo de prótese a ser confeccionada para um paciente amputado de membro ou membros superiores;
- Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação;

- Hospital Geral e/ou Especializado para cobertura assistencial em cada conjunto de até 20 leitos de Reabilitação;

- Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade;

- Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad)

De forma geral, evidencia-se que as políticas públicas de saúde tratam da inclusão do profissional de psicologia em um número bastante reduzido de documentos – 14 dos 964 pesquisados – e nestes há uma prevalência da sua inclusão nos níveis secundário e terciário de atenção. Ressalta-se que, com relação ao primeiro nível de atenção, os documentos determinam a inclusão do psicólogo em um único local: na equipe mínima da atenção básica do Sistema Penitenciário.

A seguir, serão apresentados os resultados de forma descritiva, apresentando os trechos dos documentos que contemplam o profissional de psicologia de acordo com o nível de atenção, com comentários a cada seção para facilitar a leitura e posterior discussão geral dos resultados. Assim como, uma caracterização da atuação do psicólogo preconizada.

5.2.1. ATENÇÃO À SAÚDE EM GERAL

Estatuto da Criança e do Adolescente (2006):

- Art. 94. As entidades que desenvolvem programas de internação têm **obrigatoriedade do atendimento psicológico** (p. 30);

- Capítulo II – Das Medidas Específicas de Proteção. V - requisição de **tratamento** médico, **psicológico** ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial (p. 33).

- Título IV – Das Medidas Pertinentes aos Pais ou Responsável. III - encaminhamento a **tratamento psicológico** ou psiquiátrico (p. 41).

Política Nacional de Atenção às Urgências (2006)

- para unidade de urgência não hospitalares (sala de atendimento psicológico é opcional);

- psicologia clínica/ psicólogo: serviços de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação.

<u>Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS : Portaria 971 (03/5/2006):</u>

- PNPIC: com relação aos recursos terapêuticos não-medicamentosos em Medicina Antroposófica: *os profissionais da equipe de saúde (enfermeiros, psicólogos, massagistas, terapeutas artísticos e outros) trabalham de maneira integrada com os médicos e dentistas, aplicando, quando indicado, outros recursos terapêuticos* (p. 69).

<u>Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001):</u>

- Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes: medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, **psicológico** e social necessário a essas vítimas e suas famílias (p. 34).

COMENTÁRIO:

Documentos importantes fazem menção à psicologia e à atuação do psicólogo no âmbito geral de atenção à saúde. Contudo, não especificam o nível de atenção à saúde nem as características da atuação do psicólogo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (2006) aponta o tratamento psicológico como medida de proteção e medida pertinente aos pais ou responsável. E também a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) ressalta como medida importante a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, **psicológico** e social necessário as vítimas e suas famílias.

Cabe um comentário à parte com relação ao documento "Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS" (Portaria 971, de 03/5/2006). Este documento trata da intervenção psicológica, dentre atuação de outros profissionais, como *recursos terapêuticos não-medicamentosos em Medicina Antroposófica*, e que o psicólogo, dentre os profissionais da equipe de saúde*, trabalha de maneira integrada com os médicos e dentistas, aplicando, quando indicado, outros recursos terapêuticos.*

Este documento trata da intervenção psicológica como prática complementar e de certa forma, subordinada ao campo da medicina, no sentido de enquadrá-la em "recursos terapêuticos não medicamentosos" aplicados "quando indicado". Ou seja, a menção que se faz da psicologia neste documento, não considera as potencialidades da intervenção psicológica em si, sobretudo no campo da promoção da saúde.

5.2.2. ATENÇÃO BÁSICA

Política Federal de Assistência Farmacêutica (1990 - 2002).

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Portaria nº 1777, 11/09/2003).

- Estes dois documentos apresentam as diretrizes para a atenção básica nas unidades penitenciárias nos moldes PSF e incluem o psicólogo na equipe técnica mínima.

COMENTÁRIO:

Especificamente no contexto da atenção básica à saúde, apenas os documentos que tratam da atenção à saúde no Sistema Penitenciário é que apresentam claramente a inclusão do psicólogo na equipe técnica mínima.

CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PRECONIZADA:

Nestes dois documentos constam as diretrizes para a atenção básica nas unidades penitenciárias, estas incluem o psicólogo na equipe técnica mínima. Segundo as diretrizes destes documentos, a atuação desta equipe segue o modelo da Estratégia de Saúde da Família, portanto, compreende ações integrais em saúde através da prática de vigilância da saúde (ações de promoção e prevenção da saúde e atenção curativa) realizada por uma equipe interdisciplinar - da qual o psicólogo é integrante - e que é responsável por uma determinada população com a qual deve estabelecer vínculo e co-responsabilização pelo cuidado. Neste caso, uma equipe técnica, em jornada de trabalho de 20 horas semanais, para até 500 pessoas presas, em penitenciárias com mais de 100 detentos.

5.2.3. ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Direito Sanitário e Saúde Pública (2003):

- inclui psicólogo na equipe dos Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) e nas equipes para modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares.

Portaria nº 336 (20/02/2002)

Saúde Mental no SUS: os CAPS (2004)

- Estes documentos discorrem sobre os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) enquanto serviço territorial de atenção diária em saúde mental, de base comunitária, referência na rede diversificada de serviços em saúde mental (substitutivos ao hospital psiquiátrico). E incluem o psicólogo na equipe multiprofissional, organizada para funcionar de forma interdisciplinar, nos CAPS/ NAPS.
- O documento "Saúde Mental no SUS: os CAPS" (2004), aponta os CAPS como responsáveis pelo apoio matricial às equipes da Atenção Básica, contudo, faz a ressalva para municípios em que o número de CAPS se mostra insuficiente para a realização do apoio matricial, quando devem ser constituídas equipes de apoio matricial em saúde mental. Na formação destas equipes, inclui-se o psicólogo.

Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência (2006):

- Inclui psicólogo nas equipes de saúde para:

a) atendimento ambulatorial (SAI - SUS) em habilitação/reabilitação da pessoa portadora de deficiência, para atuar nas unidades básicas e centros de saúde e ambulatórios. Núcleos/Centros de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (NAD/CAD).

b) os serviços de reabilitação física – nível intermediário: assistente social e/ou psicólogo;

c) Ambulatório Multidisciplinar Especializado (Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas).

HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS (2006):

HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico (2004):

- Estes dois documentos referem-se ao psicólogo como apoio matricial.

Portaria nº 154, 25/01/2008 (NASF):

- Composição da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: sugere inclusão de profissional da área de Saúde Mental.

COMENTÁRIO:

Os documentos que se referem aos CAPS/ NAPS incluem o psicólogo na equipe técnica. A Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência também inclui o profissional de psicologia nos Núcleos/Centros de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (NAD/CAD) e demais serviços especializados.

Dois documentos integrantes da Política Nacional de Humanização do SUS e o documento "Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial" (2004) referem-se ao psicólogo como apoio matricial.

Cabe destacar ainda, que a portaria nº 154 (25/01/2008), que institui os NASF, e que se referem às equipes que devem prestar apoio matricial, apenas sugere a inclusão de profissionais de saúde mental, portanto, não especifica nem garante inclusão do psicólogo.

CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PRECONIZADA:

Quatro documentos referem-se ao psicólogo como apoio matricial às equipes da Atenção Básica, seja nos NASF, CAPS ou em equipes matriciais em saúde mental. Conforme a caracterização do apoio matricial trazida nos documentos, descrita anteriormente (item 5.1.4.), ressalta-se que as equipes matriciais têm a função primordial de apoio às equipes de saúde da família e que a abrangência das ações descritas nos documentos como responsabilidades compartilhadas entre as equipes matriciais de saúde mental e da atenção básica requer presença do profissional no cotidiano de trabalho na

comunidade, como por exemplo: “desenvolver ações conjuntas”; “desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários”; “priorizar abordagens coletivas e de grupos”; “trabalhar o vínculo com as famílias”. Estas ações tornam-se inviáveis, em espaços reduzidos de contato equipe matricial – equipe de saúde da família, como as reuniões semanais preconizadas no processo de trabalho de apoio matricial.

Assim, o modelo de apoio matricial, apesar de se referir à atuação direta com os profissionais de saúde da família, e de abranger ações características de atenção básica, **representa, em função do processo de trabalho preconizado, uma atuação característica às especialidades, portanto, circunscrita ao nível secundário de atenção**. O tempo e contato restritos, no processo de trabalho, impedem a equipe de apoio matricial de participar do cotidiano das equipes de saúde da família e da comunidade, **inviabilizando a vinculação e a efetivação das ações previstas** e, conseqüentemente, impedem o desenvolvimento efetivo de um trabalho interdisciplinar de promoção e prevenção da saúde, que caracterizam a atuação da atenção básica.

5.2.4. ATENÇÃO TERCIÁRIA

Direito Sanitário e Saúde Pública:

- inclui psicólogo na equipe dos Hospitais para tratamento em regime de internação para pessoas portadoras de transtornos psíquicos;

Legislação sobre transplantes no Brasil (2004):

- recomenda o psicólogo nas equipes de saúde para realização de transplantes de medula óssea e de outros precursores hematopoéticos.
- Inclui psicólogo na equipe mínima para funcionamento do hospital-dia nas Unidades de Transplante de Medula Óssea.

Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência (2006):

- Inclui psicólogo na equipe técnica mínima:

a) para atendimento hospitalar (SIH - SUS) para um conjunto de até l5 leitos;

b) que analisa decisão quanto ao tipo de prótese a ser confeccionada para um paciente amputado de membro ou membros superiores;

c) do Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação;

d) multiprofissional com capacitação em reabilitação para cobertura assistencial em cada conjunto de até 20 leitos de Reabilitação em Hospital Geral e/ou Especializado.

e) de Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média e Alta Complexidade.

Portaria nº 1612, 12/09/2005:

- Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad).

- inclui psicólogo na equipe mínima dos SHR-ad;

COMENTÁRIO:

Dentre todos os documentos que indicam, sugerem ou exigem a inclusão do psicólogo na equipe de saúde, a maior parte se refere ao nível terciário. Especificamente: nas unidades hospitalares de transplante de medula óssea; nos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad), nos hospitais e serviços de referência para assistência a pessoa com deficiência.

CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PRECONIZADA:

Os documentos apontam os locais de inclusão do psicólogo, mas não descrevem nem caracterizam a atuação do psicólogo. De forma geral, apenas apontam que sua atuação se dá em equipe interdisciplinar e respondem às especificidades de cada local de trabalho.

6. DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou identificar em que medida e de que forma as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental contemplam a atuação do psicólogo na Atenção Básica no Brasil. Para tanto, buscou-se caracterizar, através das políticas públicas de saúde atuais, o modelo de atenção preconizado e em quais locais/ níveis de atenção o psicólogo é incluído.

Com relação ao modelo de atenção, no âmbito geral, a legislação federal de saúde traz diretrizes que buscam concretizar a transição do modelo de atenção, conforme descrito por Mendes (1996) e Santos e Westphal (1999). Do modelo hegemônico da atenção médica, curativa, indivíduo centrada (o modelo flexneriano) pautado no paradigma tradicional da ciência, para um modelo de atenção integral, referenciado por um conceito positivo de saúde que tem como fundamento a teoria da produção social da saúde, através da prática de vigilância da saúde, que busca uma compreensão contextualizada e que requer, portanto, um conhecimento e prática interdisciplinar e intersetorial. Buscam, portanto, a efetivação de um modelo de atenção em conformidade com os princípios do SUS, através da Estratégia de Saúde da Família.

Na caracterização do modelo de atenção preconizado com relação à Atenção Básica e à Saúde Mental, constatou-se, nos documentos, uma dicotomia nas políticas públicas, entre saúde e saúde mental. A Política Nacional de Atenção Básica, dentre outros documentos, institui a Atenção Básica, através das equipes de saúde da família, como referência e organizadora de todo o sistema de saúde, enquanto que documentos específicos da legislação de saúde mental colocam os CAPS como referência da rede diversificada de serviços em saúde mental. Como se esta não fizesse parte do sistema de saúde em geral. Tal dicotomia pode estar relacionada a um fator histórico, como reflexo dos movimentos sanitário (que implicou na mudança de modelo de atenção à saúde) e antimanicomial, uma vez que ambos se formaram na mesma época, mas tiveram encaminhamentos em paralelo, inclusive em termos de políticas públicas de saúde coletiva e de saúde mental.

Se a atenção básica, através da ESF, deve ser referência e organizadora de toda a rede do sistema de saúde, deveria, portanto, abarcar a saúde mental nas suas ações cotidianas (de promoção, prevenção e atenção curativa) e organizar o acesso aos demais níveis de atenção

(CAPS, hospitais...), mantendo-se co-responsável pelo cuidado. Entende-se que atribuir ao CAPS a função de porta de entrada e organizador dos serviços de saúde mental cria um fluxo paralelo na rede de atenção, centraliza a demanda de saúde mental neste serviço e distancia a atenção básica das ações de saúde mental, como se a "saúde mental" pudesse ser separada da saúde integral. Uma das conseqüências diretas desta desarticulação entre o campo de saber e práticas da saúde mental e ações básicas de saúde é a existência e aumento de demanda reprimida em saúde mental, como constatado no estudo de Dimenstein et al. (2005).

Entende-se, portanto, que a Atenção Básica deve ser efetivamente a porta de entrada, referência e organizadora da rede de atenção, abarcando ações de saúde mental nas suas ações cotidianas, articulando-se com os serviços de nível secundário e terciário de atenção. Considera-se, ainda, que os CAPS III, por se tratar de um serviço de emergência em saúde mental, podem vir a cumprir também a função de porta de entrada. Ou seja, uma pessoa em situação de emergência será atendida diretamente no CAPS III (com ou sem contato prévio com a equipe da atenção básica). Atendida a crise, deve ser referenciada para a equipe de saúde da família na atenção básica, que se manterá como referência e organizadora do acesso aos demais serviços da rede de atenção, mantendo-se co-responsável pelo cuidado.

Vale destacar ainda, que os documentos que discorrem sobre os CAPS, trazem a **diretriz da territorialidade**, ou seja, instituem os CAPS como serviço ambulatorial de atenção diária de base comunitária que funcione segundo a lógica do território. Condição esta raramente presente nestes serviços, que na sua maioria, na sua tipologia, são únicos e, portanto, referência para todo o município a que pertencem. Esta situação traz muitos prejuízos à concretização da rede de atenção (única), pois inviabiliza muitas ações de responsabilidade dos CAPS e dificulta a comunicação do mesmo com a atenção básica.

Na questão específica da "saúde mental na atenção básica" os documentos remetem-se ao modelo de apoio matricial. Este pretende compor um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de saúde da família com o objetivo de ampliar a oferta de ações em saúde, lançando mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (equipe de saúde da família). Ressalta-

se, entretanto, que as ações de responsabilidade entre equipes matriciais (NASF, CAPS, ou Equipes de Apoio em Saúde Mental) e as equipes de saúde da família pelas quais são responsáveis, são ações condizentes ao que se espera da atuação de um profissional na Atenção Básica, conforme aponta a literatura **(**Calatayud, 1991; Moré, 2005; Moré & Macedo, 2006; Teixeira, 2000ab; Trindade, 2000; Trindade & Teixeira, 2000a; UFSC, 2007). São ações interdisciplinares e intersetoriais que requerem participação dos profissionais matriciadores nos processos de territorialização; planejamento; acompanhamento e avaliação das atividades. Exige, portanto, na prática, presença e contato constantes no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família e na comunidade. O que se mostra inviável considerando a abrangência da responsabilidade das equipes matriciais: uma equipe matricial para oito a vinte equipes de saúde da família, no caso do NASF II; e uma equipe de saúde mental para seis a nove equipes de saúde da família. Considerando, ainda, que o contato previsto no processo de trabalho do modelo matricial entre as equipes de apoio e as de saúde da família, das quais é responsável, é (apenas) de encontros semanais e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências (geralmente, via contato telefônico).

Visto a abrangência do número de equipes de saúde da família sob responsabilidade das equipes de matriciamento e o **processo de trabalho** previsto neste modelo, pode-se afirmar que se trata de uma atuação característica às especialidades. **O tempo e contato restritos impedem a equipe de apoio matricial de participar do cotidiano das equipes de saúde da família e da comunidade, inviabilizando a vinculação** e, conseqüentemente, o desenvolvimento efetivo de um trabalho de promoção e prevenção da saúde. E assim, as equipes de apoio dedicam-se, quase que exclusivamente, a demandas curativas, repetindo o modelo que se pretende superar.

No processo de trabalho do apoio matricial em saúde mental, os profissionais da equipe de saúde da família "buscam apoio" quando surge uma determinada questão em que julguem necessária uma "assessoria" do especialista em saúde mental, seja para receber orientação ou compartilhar o atendimento. Ressalta-se que o foco, nesse processo, é a doença, o sintoma, e a manutenção da "saúde mental" como especialidade, não como parte

da saúde integral. Enquanto se mantiver o foco na doença e nas especializações, não se concretizará a mudança de modelo almejada, pois não se abrirão novas possibilidades de atuação.

Cabe pontuar, entretanto, que a locação do profissional de psicologia na atenção básica, enquanto integrante da equipe de saúde da família, por si só, não garante a mudança da lógica de atenção. Uma vez que esta se relaciona diretamente a vários fatores apontados na literatura, dentre eles: à formação, cultura e identidade profissional do psicólogo; à capacidade do profissional em flexibilizar e contextualizar seu conhecimento e suas práticas; à sua posição ética e política (Calatayud, 1991; CFP, 2006; Benevides, 2005; Bock, 1993; Dimenstein, 1998, 2000, 2001, 2003; Franco & Mota, 2003; Lima, 2005; Moré, 2000; Moré & Macedo, 2006; Oliveira et al., 2005; Romagnoli, 2006). Em suma, a mudança da lógica de atenção relaciona-se diretamente à postura do profissional. Contudo, pretende-se ressaltar que a locação do psicólogo na atenção básica através de sua inclusão na equipe de saúde da família **viabiliza ao profissional – identificado com a atuação interdisciplinar e integral – exercer a clínica ampliada e efetivar o modelo de atenção da vigilância da saúde.**

Outra crítica que se pode aventar ao matriciamento em saúde mental está na idéia deste modelo de "prestar assessoria", "supervisionar", "instrumentalizar" ou mesmo "capacitar" profissionais da equipe mínima para lidar com as questões de saúde mental. Como se fosse possível "passar o conhecimento" em contatos restritos entre os profissionais. É possível sim, que médicos e enfermeiros, como quaisquer outros profissionais, sejam instrumentalizados, mas através de trocas cotidianas de um **trabalho efetivamente interdisciplinar.** Pois, acredita-se que é no cotidiano de trabalho que se constrói o saber e a prática interdisciplinar que, por sua vez, permite a troca e **instrumentalização mútua entre os profissionais em uma relação horizontal.**

Não se pretende negar, em absoluto, os ganhos que muitos municípios já tiveram com a implantação do modelo de apoio matricial, sobretudo quando se tem como referência a situação do sistema de saúde anos atrás, em que pouco se falava de saúde mental na atenção básica e quando eram raras as práticas na perspectiva da integralidade e

interdisciplinaridade. O que se pretende ressaltar são as vantagens da integração efetiva do psicólogo (que tem a interdisciplinaridade e integralidade como eixos norteadores de sua práxis) na atenção básica e as implicações positivas desta integração para o sistema de saúde.

A proposta de inclusão do psicólogo na equipe mínima de saúde da família poderia, em uma análise superficial, assumir a conotação de "coorporativismo" e "luta de mercado de trabalho" sob o argumento de que outros profissionais já inclusos na equipe de saúde da família poderiam desempenhar as ações de saúde mental - como de fato, muitas vezes o fazem. Contudo, embora uma conseqüência direta desta inclusão seja o aumento do mercado de trabalho para os profissionais de psicologia, há que se compreender, em uma análise mais acurada, que interdisciplinaridade não significa ater-se às atividades mais simples, sem especificidade técnica – no sentido de identificar como ações interdisciplinares, exclusivamente, as ações que "todos podem fazer". A interdisciplinaridade contém ações em comum, mas não nega as especificidades, pelo contrário, é no campo destas que ela se desenvolve. A exploração máxima de cada especificidade é que permite a composição de um trabalho interdisciplinar de qualidade. Assim, a inclusão de outros profissionais na equipe mínima, dentre eles o psicólogo, representa, sobretudo, o aumento da possibilidade de se compor um trabalho interdisciplinar de qualidade.

O profissional de psicologia tem um grande potencial de contribuição, contudo, tem sido pouco mencionado nas políticas de saúde. Ressalta-se, que logo na primeira etapa de seleção dos documentos – na pesquisa das portarias através de grupos palavras-chave – verificou-se a existência de 419 portarias referentes à atenção básica, 314 à saúde mental e apenas 8 faziam referência ao grupo de palavras "psi": psicologia, psicológico, psicológica ou psicólogo (vide Tabela 1, p. 61). E de forma geral, dentre os 964 documentos pesquisados, apenas 14 tratam da inclusão do psicólogo nas equipes de saúde.

Verificou-se, ainda, que a legislação federal de saúde, através dos documentos pesquisados, não contempla o profissional de psicologia efetivamente na Atenção Básica, ou seja, com atuação de acordo com a ESF, exceto, nas equipes de atenção básica nas

unidades penitenciárias. O psicólogo é incluído, na quase totalidade dos documentos em que é citado, apenas nos níveis secundário e terciário de atenção. Sendo que a relação que este profissional estabelece com a Atenção Básica, segundo os documentos, se dá através da atribuição de apoio matricial às equipes de saúde da família, seja pelos NASF ou pelas equipes de apoio em saúde mental. Com isso, pode-se presumir que o psicólogo é tido exclusivamente como "especialista" e não como um "profissional de saúde geral".

O uso do termo "especialista", no contexto desta discussão, refere-se a formação acadêmica e práticas profissionais pautadas no paradigma tradicional da ciência que refletem uma visão racionalista e determinista através da dicotomia mente-corpo, que busca o conhecimento aprofundado do funcionamento das partes do corpo, e gera intervenções profissionais fragmentadas (a clínica tradicional). Em contrapartida, o termo "profissional de saúde geral", ou "clínico geral", refere-se ao profissional que, embora tenha uma formação específica que lhe atribui um determinado campo de atuação, busca a compreensão de indivíduos em contextos, através de uma atuação interdisciplinar, na qual contribui com sua especificidade, refletindo, flexibilizando e contextualizando suas práticas. É esta **postura** que, na atenção básica, permite o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde.

Para o profissional de psicologia, falta ainda este entendimento. O desconhecimento do potencial do "psicólogo clínico geral" se relaciona ao desconhecimento do potencial da psicologia no campo da promoção e prevenção da saúde. O entendimento equivocado da "saúde mental" estritamente como uma "especialidade" pode ser outro fator que contribui para a dicotomia saúde/ saúde mental constatada nas políticas de saúde.

As políticas contribuem para a indefinição que se viu na letra dos documentos e isto, por sua vez, é também reflexo do fato de que para os próprios psicólogos não está claro como ele pode contribuir para um trabalho que seja resolutivo em prevenção e promoção, pois é como se ele próprio acreditasse que o que extrapola a clínica tradicional não é psicologia, ou pelo menos, psicologia efetivamente resolutiva.

Além disso, de forma geral, observou-se que nos documentos há um paradoxo: trazem a idéia da importância de se incluir a saúde mental na atenção básica, e preconizam

o modelo de apoio matricial (pelas equipes dos NASF, CAPS ou Equipes de Apoio em Saúde Mental), contudo, suas diretrizes trazem ações e metas impossíveis de se atingir devido à organização da equipe e processo de trabalho, ou seja, inviabilizam a efetivação da vinculação, da territorialização e do planejamento, imprescindíveis no desenvolvimento de uma atenção integral. Com isso, cria-se uma lacuna, distanciando as ações de saúde mental da atenção básica.

A dificuldade de sistematizar um diálogo mais constante entre os serviços propicia o surgimento dos "furos" na rede de atenção. O que, segundo Marçal (2007) faz com que a percepção do fracasso ou da incapacidade de atender certas demandas seja de responsabilidade de um serviço ou de outro, quando o que ocorre, é que determinadas demandas ainda não têm condições de serem resolvidas por estarem nestes "furos", ou por demandarem ações intersetoriais mais estruturadas. Ou ainda, uma co-responsabilização de diferentes serviços, que ainda é difícil de se efetivar, ou mesmo pela falta de investimento financeiro e em trabalhadores para a área.

Uma das conseqüências diretas destes "furos da rede" pode ser visualizada nos CAPS, que acabam por centralizar as demandas de saúde mental tornando-se "portas de entrada sem saída", ou seja, recebem as demandas e encontram dificuldade em referenciá-las para a atenção básica. Neste contexto, poder-se-ia pensar nas equipes de apoio em saúde mental como "pontes" entre as equipes de atenção básica e os serviços de saúde mental. Contudo, entende-se que a organização destas equipes e seu processo de trabalho reforçam tal dicotomia a medida em que mantêm a "saúde mental" como especialidade e não como parte da saúde integral que deve ser abordada na atenção básica, no cotidiano da unidade local de saúde, na comunidade. Mais uma vez, portanto, aponta-se a importância da contribuição do olhar e da prática psicológica na atenção básica, de forma interdisciplinar, para promover saúde, prevenir doenças/ agravos; oferecer atenção curativa dentro das suas possibilidades; articular e mediar o acesso e acompanhamento dos usuários nos serviços secundário e terciário de atenção. Com esta forma de atuação, que possibilita superar a lógica da especialização fragmentadora, evitar-se-ia os "furos" na rede de atenção.

Argumentos econômicos poderiam ser utilizados para justificar o modelo de apoio matricial, julgando que incluir outros profissionais na equipe mínima de saúde da família representaria um "gasto muito grande". Contudo, neste sentido, o modelo de matriciamento corre o risco de, na prática, ser mais econômico que efetivo. O que, em última análise, deixa inclusive de ser econômico, uma vez que tudo o que se deixa de promover, prevenir e de tratar na atenção básica, fatalmente sobrecarrega, em algum momento, os demais níveis de atenção, aumentando os gastos. Sendo assim, a inclusão de outros profissionais nas equipes de saúde da família, dentre eles o psicólogo, pode ser compreendida como um investimento em saúde. Se a atenção básica é o *lócus* privilegiado de promoção e prevenção, investir em saúde é investir na atenção básica. O que certamente, prevenirá gastos excessivos e desnecessários nos demais níveis de atenção, que são de alto custo.

Cabe destacar, que o Relatório de Gestão (Brasil, 2007) referente aos avanços e dificuldades, entre 2003 e 2006, do processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental, aponta que os mecanismos de indução financeira, pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica, são fundamentais. E ressalta que esta deverá ser uma das principais prioridades para a expansão e qualificação da saúde mental na atenção básica na gestão 2007 – 2010.

Em entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família (2008), ao ser questionado se a atenção primária à saúde praticada no SUS apresenta condições para funcionar como centro de comunicação das redes de atenção à saúde, Eugênio Vilaça, consultor em Saúde Pública, afirma que o ciclo atual da atenção básica, caracterizado pelo desenvolvimento e expansão da ESF, tem muitos resultados a comemorar. Contudo, ressalta que esse ciclo se esgotou e não tem condições de estruturar uma prática de atenção primária capaz de desempenhar adequadamente os papéis de um centro de comunicação das redes de atenção à saúde. Dentre os fatores problematizados, aponta o funcionamento com base em *cuidados profissionais exclusivamente por médicos e enfermeiras,* destacando a ausência de uma equipe interdisciplinar. Segundo o consultor, há que se instituir um novo ciclo na atenção primária no Brasil, o que implicará assumi-la verdadeiramente, e não só discursivamente, como a estratégia de organização do SUS, em redes de atenção à saúde. *A implantação das*

redes de atenção à saúde no SUS começa por um choque de qualidade na atenção primária à saúde. Isso custará um pouco a mais, em esforços e recursos financeiros, mas agregará valor à população brasileira (p. 9). Em outras palavras, a Saúde da Família mostra ser uma estratégia eficiente no caminho da consolidação do SUS, contudo, é preciso avançar, aprimorá-la, investir, sobretudo em recursos humanos, para qualificar a atenção básica e permitir que esta cumpra seu papel.

Portanto, na busca da concretização do modelo de atenção integral, a Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, tem papel fundamental, como centro de comunicação das redes de atenção à saúde. Frente a esta atribuição, entende-se que a Atenção Básica necessita contar com equipes de saúde efetivamente interdisciplinares, nas quais o psicólogo tem um grande potencial de contribuição (Böing, Crepaldi & Moré, s/d)[3]. O modelo PRISF (USFC, 2007), apresentado anteriormente, exemplifica esta contribuição, assumindo aspectos essenciais que caracterizam um trabalho desenvolvido pelo profissional de psicologia no nível primário de atenção que pressupõe atuação na e com a comunidade e atenção integral através da abordagem interdisciplinar e ações intersetoriais. Contudo, ressalta-se que para a efetivação de uma atuação como esta, torna-se imprescindível que o psicólogo esteja locado na Unidade de Saúde e faça parte da equipe de saúde da família.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na epistemologia sistêmica, entende-se que são muitos os fatores que interagem recursivamente na composição da situação indefinida e insatisfatória da psicologia na saúde pública, sobretudo na Atenção Básica. Esta pesquisa buscou contribuir na ampliação da compreensão desta questão através da análise de aspectos históricos e atuais das políticas públicas de saúde.

A pesquisa permite concluir que a configuração das políticas de saúde não favorece a atuação efetiva do psicólogo na atenção básica uma vez que suas diretrizes não incluem este profissional neste nível de atenção (exceto na atenção básica à saúde no Sistema

[3] Böing, E.; Crepaldi, M.A & Moré, C.L.O.O. (no prelo). A Epistemologia Sistêmica na Atuação do Psicólogo na Atenção Básica à Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão.*

Penitenciário). Ressalta-se que para uma atuação efetiva no contexto dos cuidados primários, entende-se que, necessariamente, o psicólogo deve estar locado na Unidade de Saúde e fazer parte de uma equipe de saúde interdisciplinar em regime de trabalho em tempo integral. Defende-se, portanto, a inclusão do psicólogo na equipe mínima da ESF e não apenas na atenção secundária e terciária.

Nesta proposta de inclusão do profissional de psicologia na equipe de saúde da família, deve ficar clara a idéia de "psicólogo generalista", integrante da equipe interdisciplinar, desempenhando atividades conjuntas (interdisciplinares) e específicas, sobretudo no campo da promoção e prevenção da saúde, e também de atenção curativa, com foco na família e na comunidade. Atuando também, como mediador no acesso e acompanhamento dos usuários e familiares nos serviços de níveis secundário e terciário. Neste contexto, a "saúde mental" pode ser entendida como campo de atuação do psicólogo, mas não exclusivo a este profissional. Apenas um campo de atuação de sua especificidade, em que tem especial contribuição a oferecer e que, juntamente com os demais campos multiprofissionais, comporá a abordagem interdisciplinar, através do diálogo, da atuação conjunta no cotidiano de trabalho na Unidade Local de Saúde e na comunidade. Possibilitando assim, a construção de uma atenção à saúde efetivamente integral.

Integrante da equipe de saúde da família, o psicólogo faz a articulação de todos os recursos disponíveis na rede de atenção, mantendo-se como referência do cuidado e organizador da rede. Os CAPS, devidamente territorializados (como estabelecem as diretrizes) recebem a demanda advinda da atenção básica e cumprem a "função de apoio matricial" naturalmente, a medida em que se efetiva o trabalho em rede, o que implica em comunicação constante.

As idéias centrais do modelo de apoio matricial ("suas intenções") são bastante válidas no sentido de que buscam desenvolver um trabalho integrado, promover o diálogo e a articulação entre atenção básica e os serviços dos níveis secundário e terciário. A questão é que, paradoxalmente, suas diretrizes de organização da equipe e de processo de trabalho (no caso dos NASF e das equipes de apoio em saúde mental) fragmentam sua atuação, criando um distanciamento das ações de saúde mental da atenção básica.

Na proposta aqui apresentada, as questões relativas à saúde mental seriam acolhidas e trabalhadas na atenção básica, de forma abrangente e resolutiva, pelos psicólogos e demais integrantes da equipe de saúde nas Unidades Locais (ULS). E para os casos específicos que necessitassem de atenção especializada, os CAPS (territorializados) é que teriam a função de oferecer apoio à atenção básica, por ser um serviço especializado: discutindo os casos e desenvolvendo um planejamento de acompanhamento conjunto. Assim como um médico psiquiatra do CAPS ofereceria apoio ao médico de família, quando solicitado, o psicólogo do CAPS ofereceria apoio ao psicólogo da ULS. Cabe esclarecer que este exemplo serve para ilustrar a distinção das atribuições do psicólogo na atenção básica e secundária, a partir do exemplo do médico, que é de fácil compreensão. Pois o diálogo e articulação ocorrem entre as equipes (ESF-CAPS) e não exclusivamente ou de forma isolada entre profissionais da mesma categoria.

Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, sendo instituída uma lógica do trabalho interdisciplinar por meio de uma rede interligada de serviços de saúde. A transformação da atenção depende da postura dos próprios profissionais, em se reconhecer como atores sociais com potencial de transformar o quadro atual da saúde pública (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Entende-se que a conquista de espaço e definição de papéis para uma atuação eficiente passa, necessariamente, pelas políticas públicas. Com este estudo, através do cumprimento dos objetivos propostos, pretendeu-se contribuir na compreensão da atual situação da psicologia na Atenção Básica à Saúde, possibilitando a construção de argumentos que sirvam de subsídios concretos para profissionais de saúde e gestores nas discussões do papel do psicólogo no primeiro nível de atenção, auxiliando na conquista de espaço e condições adequados a uma atuação condizente às demandas da população no contexto da Atenção Básica. Para isso, será realizada a divulgação deste trabalho para os Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, Sindicatos dos Psicólogos e em contextos políticos estratégicos com intuito de contribuir na construção de políticas públicas de saúde mais claras e integradoras no que se refere à psicologia no setor saúde.

Nesse sentido, este estudo poderá servir, também, como contribuição teórica para a Psicologia, sobretudo nos cursos de graduação, auxiliando na aproximação da formação do psicólogo às políticas de saúde e no desenvolvimento de uma posição ética e política.

A busca que se faz necessária é da definição de papéis do psicólogo a respeito dos três níveis de atenção e sua inclusão nos três níveis; criação de cargos em quantidade suficiente, com salários dignos e equiparados, enfim, uma política efetiva de saúde coletiva. Para isso, é fundamental que os psicólogos se organizem, que seus representantes ajam, para que os responsáveis pelas políticas públicas de saúde, desde a esfera federal até a regional, conheçam as potencialidades da intervenção psicológica na Atenção Básica e as vantagens da integração de psicólogos nas equipes de saúde da família.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 10(20). Recuperado em 18 setembro, 2007, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=pt&nrm=iso>

Amarante, P. (2003)**.** *Loucos pela vida - A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz

Andrade, S. M.; Soares, D. A, & Cordoni Jr., L. (orgs). (2001). *Bases da Saúde Coletiva.* Londrina: UEL.

Barbosa, C. F. & Mendes, I. J. M. (2005). Concepções de promoção da saúde de psicólogos no serviço público. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação***,** 15 (31), 269-276.

Baptista, T. W. de F. (2007). Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3). Recuperado em: 12 setembro, 2007, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300020&lng=pt&nrm=iso>

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo***.** Lisboa: Edições 70.

Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17 (2), 21-25.

Bezerra, E. N. R. & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28, 632-645.

Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). A Pesquisa em Psicologia – análise de métodos e estratégias na comunicação na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (org) *Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa* (pp. 135-158). Ribeirão Preto, SP: Legis Summa.

Bittencourt, R. A. A. & Mateus, M. L. F. (2006). Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online], 26(2), 328-343. Recuperado em 17 setembro, 2007, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200014&lng=es&nrm=iso>

Bock, A. M. B. (1993). Eu caçador de mim: pensando a profissão de psicólogo. In: M. J. Spink, (Org.), *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social* (pp. 280- 291), São Paulo: Brasiliense.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria Nº 154.* (2008, 25 de Janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.* Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria Nº 648.* (2006, 28 de Março). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005a). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *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. Recuperado em 18 outubro, 2007, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2005b). *Política editorial do Ministério da Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde. 122 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial.* Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 18 outubro, 2007, de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1165_FL.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004.* 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 18 outubro, 2007, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2003). *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.* Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Recuperado em 18 outubro, 2007, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (1998). Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.* Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (1990). Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. *ABC do SUS – Doutrinas e Princípios*. V.I/ Ministério da Saúde – Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde.

Campos, G.W.de S. (2007). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 301-306.

Calatayud, F. J. M. (1991). La promocion de la salud como problema de la psicologia em la atencion primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 7(4), 362-370.

Carvalho. B. G.; Martin, G. B., & Condoni Jr., L. (2001). A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade, S. M.; Soares, D. A, & Cordoni Jr., L. (2001). *Bases da Saúde Coletiva* (pp. 27-59). Londrina: UEL.

Coimbra, V. C. C.; Oliveira, M. M.; Vila, T. C. & Almeida, M. C. P. (2005). A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 07(01), 113-111. Recuperado em 08 setembro, 2007, de http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen

Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão Diálogos*. (2006). Ano 3 - nº4 - Dezembro.

Conselho Regional de Psicologia - 12ª Região. (2007). *Revista do VI Congresso Nacional da Psicologia (VI CNP): etapa regional de Santa Catarina.* Florianópolis: CRP-12

Dimenstein, M. (2003). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud publica. *Revista Panamericana de Salud Pública* 13(5) Washington May.

Dimenstein M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 6(2), 57-63.

Dimenstein, M. (2000). A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia* (Natal), 5(1), 95-122.

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3(1), 53-82.

Dimenstein, M.; Santos, Y. F.; Brito, M.; Severo, A. K. & Morais, C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental.* [online]. nov, 3(5), 23-41. Recuperado em 18 setembro, 2007, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4272005000200003&lng=pt&nrm=iso

Esteves de Vasconcellos, M. J. (2005). Pensamento Sistêmico Novo-Paradigmático: Novo-Paradigmático, por quê? In: Aun, J. G.; Esteves de Vasconcellos, M. J. & Coelho, S. V. *Atendimento de Famílias e Redes Sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos.* Belo Horizonte: Ophicina da Arte & Prosa.

Esteves de Vasconcellos, M. J. (2003) *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência.* Campinas: Papirus.

Ferriolli, S. H. T.; Marturano, E. M. & Puntel, L. P. (2007). Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Revista de Saúde Pública* [online], 41(2), 251-259. Recuperado em 15 setembro, 2007, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-8910.

Flick, U. (2004). *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa***.** 2.ed. Porto Alegre: Bookman.

Franca, A. C. P.de & Viana, B. A. (2006). Interface psicologia e programa saúde da família - PSF: reflexões teóricas. *Psicologia: Ciência e Profissão.* [online], 26(2), 246-257. Recuperado em 18 setembro, 2007, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=pt&nrm=iso>

Franco, T. B. & Merhy, E. (2003). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 55-124). São Paulo: Hucitec.

Franco, A. & Mota, E. (2003). Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online], 23(3), 50-59. Recuperado em 17 setembro, 2007, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000300008&lng=es&nrm=iso

Gomes, D.C.R. (1997). *Equipe de saúde: o desafio da integração***.** Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia.

Gutierrez, P.R. & Oberdiek, H.I. (2001) Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: Andrade, S.M.; Soares, D.A., & Cordoni Jr., L. *Bases da Saúde Coletiva* (pp. 1-26). Londrina: UEL.

Laurell, A.C. (1983). A saúde como processo social. In. Nunes, E.D. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos* (pp. 133-158)**.** São Paulo: Global.

Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 10(3), 431-440.

Machado, C.V. (2007). O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública***,** 23(9), 2113-2126.

Marçal, C. R. M. (aprimoranda); Campos, R. O. E Furtado, J.P (supervisores). (2007*). A Saúde Mental na Atenção Básica: Uma saída para o sofrimento psíquico? Discussão a partir da inserção na assistência e gestão de uma Unidade Básica de Campinas, SP.* Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde. Campinas. Recuperado em 20 de janeiro, 2008, de < http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/aprimorandos/1.pdf>

Mendes, E. V. (1996). Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes, E. V. *Uma agenda para a saúde* (pp. 233-300). São Paulo: Hucitec.

Mendes, E. V. (1986). A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cadernos de Saúde Pública,* 2(4), 533-552.

Moré, C. L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação.* 15(31), 187-197.

Moré, C. L. O. O. (2001). A representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público-comunitário. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação*, 11 (20), 85-98.

Moré, C. L. O. O. (2000). *Atendendo à demanda: proposta de um modelo de sistematização de intervenção psicológica junto a postos de saúde comunitário.* Tese de Doutorado. Pontifica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Moré, C. L. O. O.; & Macedo, R. M. S. (2006). *A Psicologia na Comunidade: uma proposta de intervenção.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Morin, E. (1996). Epistemologia da complexidade. In: Schnitman, D.F. (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade.* (pp. -). Porto Alegre: Artes Médicas.

Noronha, J.C.de & Soares, L.T.(2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva***,** 6(2), 445-450.

Oliveira, I. F; Dantas, C. M. B.; Costa, A. L. F.; Gadelha, T. M. S; Ribeiro, E. M. P. C & Yamamoto, O. H. (2005). A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação em Psicologia,* 9(2), 273-283.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. (2001a). A Resolução de Problemas de Saúde Mental. In: *Relatório sobre a saúde no mundo 2001* (pp. 79-107). OMS.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. (2001b). Políticas e Oferta de Serviços de Saúde Mental. In: *Relatório sobre a saúde no mundo 2001* (pp. 109-143). OMS

Pimentel, A. (2001).The method of documental analysis: the use for a historiographycal research. *Cadernos de Pesquisa*, 114**,** 179-195.

Revista Brasileira Saúde da Família. (2008). Ano IX, (19), Jul./Set. Brasília: Ministério da Saúde.

Romagnoli, R. C. (2006). A formação dos psicólogos e a saúde pública. *Pesquisas e Práticas Psicossociais,* 1(2). Recuperado em 08 setembro, 2007, de http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/Arquivos/RobertaRomagnoli.pdf

Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (org). (1998). *Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa* (pp. 135-158). Ribeirão Preto: Legis Summa.

Santos, N.R.dos. (2007). Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva***,** 12(2), 429-435.

Santos, J.L.F.; & Westphal, M.F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados***,** 13(35), 71-87.

Singer, P.; Campos, O.; & Oliveira, E.M. (1978**).** *Prevenir e Curar: controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense.

Silva, L.A.S.R.da. (1986). A educação médica e a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública,* 2(4), 493-504.

Silva, R. C. (1988). *O trabalho do psicólogo em centros de saúde: algumas reflexões sobre as funções da psicologia na Atenção Primária à Saúde.* Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia Social e Saúde: Práticas, Saberes e Sentidos***.** Petrópolis: Vozes.

Teixeira, J. A. C. (2000a). Estágios de Psicologia em Centros de Saúde. In: Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 103-106). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Teixeira, J. A. C. (2000b). Abordagem Psicológica do Doente Psiquiátrico em Centros de Saúde. In: Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 55-66). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Trindade, I. (2000). Competência do Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários. In: Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 37-46). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Trindade, I. & Teixeira, J. A. C (2000a). Aconselhamento Psicológico nos Cuidados de Saúde Primários. In: Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 67-80). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2000b) Intervenção Psicológica em Centros de Saúde. In: Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 23-36). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Valles, M. S. (1997). La investigación documental: técnicas de lectura y documentación. In: Valles, M. S. *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional* (pp. 109-141). Madrid: Editorial Síntesis.

Universidade Federal de Santa Catarina (2007). *Programa de Residência Integrada em Saúde da Família – Manual do Residente* (documento não publicado).

Vasconcelos, E.M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar***.** Petrópolis: Vozes.

Vasconcelos, E.M. (2000). Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: Vasconcelos, E.M (org.); Rosa, L.C.S.; Pereira, L.C.G.; Bisneto, J.A. *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade* (pp. 35-67). São Paulo: Cortez.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Apêndice 1: Lista dos 50 documentos que apresentam conteúdo que apontam para uma caracterização do modelo de atenção e/ou que fazem referência ao psicólogo, organizada de acordo com a sua classificação geral.
(Observação: os documentos grifados foram analisados na íntegra, e os demais, através dos trechos em que se encontravam as palavras-chave.)

NORMAS BÁSICAS (3 de 7):
- Lei nº 8.080
- NOAS-SUS 01/02
- Pacto pela Saúde 2006 (Portaria Nº 399/GM - 22/02/2006)

PUBLICAÇÕES RELACIONADAS (6 de 11)
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2007)
- Direito Sanitário e Saúde Pública (vol.1 e 2)
- Estatuto da Criança e do Adolescente (2006)
- Legislação em Saúde Mental: 1990-2004
- Legislação sobre transplantes no Brasil (2004)
- Manual de legislação em saúde da pessoal com deficiência (2006)

POLÍTICAS NACIONAIS (11 de 59)
- Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas
- Política Federal de Assistência Farmacêutica(1990 - 2002)
- Política Nacional de Atenção Básica: Portaria MS/GM nº 648 (28/3/2006)
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes
- Política Nacional de Atenção às Urgências (2006)
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS: Portaria MS/GM nº 971, de 03/5/2006
- Política Nacional de Promoção da Saúde
- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001)
- Política Nacional de Regulação. Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde (2006)
- Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de eqüidade

ENCONTROS (1 de 11)
- Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002)

PROGRAMAS NACIONAIS (1 de 16)
- Programa de Volta para Casa

DIRETRIZES DO SUS (7 de 21)
- Atenção Psicossocial: Portaria MS/GM nº 678 (30/3/2006)
- Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.
- Plano Estratégico: Programa Nacional de DST e Aids (2005)

- Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis (2007)
- Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2004)
- II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2008)
- Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil (2005)

TRATADOS (2 de 50)
- Declaração de Jacarta (1997)
- Declaração de Caracas (1990)

PESQUISA POR ASSUNTO: SUS (5 DE 10)
- Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (2007)
- HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde (2004)
- HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2006, 3a. ed.
- HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial (2004).
- HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico (2004)

PESQUISA POR ASSUNTO: SM (4 DE 5)
- Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.
- Residências terapêuticas: o que são, para que servem (2004)
- Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial (2004)
- Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006 (2007)

PORTARIAS "at. Primária / Básica" (2 de 419)
- 154 (25/01/2008) NASF
- 648 (29/06/2006) Política Nacional de Atenção Básica

PORTARIAS "mental; mentais" (8 de 314)

- 325 (22/02/2008): Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

- 1612 (12/09/2005): Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

- 52 (21/01/2004): Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004

- 1777 (11/09/2003): Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

- 336 (20/02/2002): Estabelece que os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: caps I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

- 799 (20/07/2000): Institui, no âmbito do sistema único de saúde, o programa permanente de organização e acompanhamento das ações assistenciais em SM.

- 106 (14/02/2000): Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos".

- 272 (01/04/1998): Reafirma a desospitalização e o desenvolvimento dos modelos substitutivos, retomando o programa de apoio a desospitalização e investigação as razões de sua paralisação.

APÊNDICE 2

Apêndice 2: Lista dos 24 documentos, dispostos de acordo com a classificação geral, utilizados na análise de conteúdo com objetivo de caracterizar a assistência em saúde especificamente com relação à atenção básica e saúde mental.

PUBLICAÇÕES RELACIONADAS (2 de 11):

- Direito Sanitário e Saúde Pública. Vol. 1 e 2 (2003).

- Legislação em Saúde Mental: 1990-2004

POLÍTICAS NACIONAIS (2 de 59):

- Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003):

- Política Nacional de Regulação. Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde (2006)

ENCONTROS (1 de 11):

- Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002)

DIRETRIZES DO SUS (2 de 21):

- Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (2006)

- Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil (2005)

Pesquisa por Assunto: SUS (4 de 10):

- Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (2007)

- HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS (2006)

- HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial (2004)

- HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico (2004)

Pesquisa por Assunto: SM (3 de 5):

- Residências terapêuticas: o que são, para que servem (2004)

- Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial (2004)

- Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006 (2007).

PORTARIAS "at. Primária / Básica" (2 de 419):

- Portaria154 (25/01/2008): Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

- Portaria 648 (29/06/2006): Política Nacional de Atenção Básica.

PORTARIAS "mental; mentais" (8 de 314):

- Portaria 325 (22/02/2008): Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

- Portaria 678 (30/3/2006): Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS.

- Portaria 52 (21/01/2004): Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS-2004.

- Portaria 1777 (11/09/2003) Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

- Portaria 336 (20/02/2002): Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: caps I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria.

- Portaria 799 (20/07/2000): Institui, no âmbito do sistema único de saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

- Portaria 106 (14/02/2000): Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único se Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

- Portaria 272 (01/04/1998): Reafirma a desospitalização e o desenvolvimento dos modelos substitutivos, retomando o programa de apoio a desospitalização e investigação as razões de sua paralisação.

APÊNDICE 3

Apêndice 3: Referências bibliográficas dos 24 documentos utilizados na análise de conteúdo com objetivo de caracterizar a assistência à saúde especificamente com relação à atenção básica e saúde mental.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria Nº 154.* (2008, 25 de Janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria Nº 325.* (2008, 22 de fevereiro). Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.* Brasília: Ministério da Saúde. 78 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria Nº 678.* (2006, 30 de março). Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria Nº 648.* (2006, 28 de Março). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.* Brasília: Ministério da Saúde. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 52 p .(Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional De Saúde: Um Pacto Pela Saúde No Brasil. Síntese*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004.* 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 340p. (Série E. Legislação de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial.* Brasília: Ministério da Saúde. 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília: Ministério da Saúde. 22 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde. 16 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.* Brasília: Ministério da Saúde. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Portaria Nº 52.* (2004, 21 de janeiro). Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS-2004. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde.(2003). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Direito sanitário e saúde pública.* / Márcio Iorio Aranha (Org.).Brasília: Ministério da Saúde. 2 v.(Série E. Legislação de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Portaria Nº 1777.* (2003, 11 de setembro). Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. (2002). *Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.* Brasília: Ministério da Saúde. 74 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria Nº 336.* (2002, 20 de fevereiro). Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: caps I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Portaria Nº 799.* (2000, 07 de julho). Institui, no âmbito do sistema único de saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Portaria Nº 106.* (2000, 14 de fevereiro). Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único se Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (1998). *Portaria Nº 272.* (1998, 01 de abril). Reafirma a desospitalização e o desenvolvimento dos modelos substitutivos, retomando o programa de apoio a desospitalização e investigação as razões de sua paralisação. Brasília: Ministério da Saúde.

Mendonça, C. S.; Reis, A. T.; Moraes, J. C. (orgs.). (2006). *A política de regulação do Brasil.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 116 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde).

APÊNDICE 4

Apêndice 4: Referências bibliográficas dos 14 documentos utilizados na análise de conteúdo com objetivo de caracterizar a assistência à saúde especificamente com relação à atenção básica e saúde mental.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria Nº 154.* (2008, 25 de Janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Estatuto da Criança e do Adolescente.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 96 p. (Série E. Legislação de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política nacional de atenção às urgências.* 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.* 2. ed. rev. atual.Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 346 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.* Brasília: Ministério da Saúde. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 52 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Portaria Nº 1612.* (2005, 12 de Setembro). Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Legislação sobre Transplantes no Brasil / Ministério da Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde. 268 p. (Série E. Legislação de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília: Ministério da Saúde. 22 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Portaria Nº 1777.* (2003, 11 de setembro). Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde.(2003). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Direito sanitário e saúde pública.* / Márcio Iorio Aranha (Org.).Brasília: Ministério da Saúde. 2 v. (Série E. Legislação de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002*. Brasília: Ministério da Saúde. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde; n. 8).

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria Nº 336.* (2002, 20 de fevereiro). Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: caps I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Brasília: Ministério da Saúde.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo