

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ISABEL PEREIRA FERNANDES

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Desafios
no cuidado em saúde mental com foco na atenção primária em saúde**

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2022

ISABEL PEREIRA FERNANDES

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Desafios
no cuidado em saúde mental com foco na atenção primária em saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso –
Artigo Científico, apresentado à Coordenação
do Curso de Graduação em Psicologia do
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em
cumprimento às exigências para a obtenção do
grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Profa. Me. Moema Alves
Macêdo

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2022

ISABEL PEREIRA FERNANDES

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Desafios
no cuidado em saúde mental com foco na atenção primária em saúde**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 06/12/2022

BANCA EXAMINADORA

Orientador: PROFA. ME. MOEMA ALVES MACÊDO

Membro: PROF. ME. ALEXFIGUEIRÊDO DA NÓBREGA/UNILEÃO

Membro: PROF. ME. IVANCILDOCOSTA FERREIRA/UNILEÃO

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2022

POLÍTICAS PÚBLICAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: desafios no cuidado em saúde mental com foco na atenção primária em saúde.

Isabel Pereira Fernandes¹
Moema Alves Macêdo²

RESUMO

O modelo psicossocial em saúde mental proporcionou avanços no movimento da luta antimanicomial. Contudo no atual contexto político, há a operacionalização do desmonte do SUS implicando dificuldade a oferta de cuidado em saúde mental na Atenção primária. Nesse trabalho teve como objetivos: discutir sobre os modelos de atenção à saúde mental no Brasil, também sobre as redes de atenção à saúde e a rede de atenção psicossocial e problematizar o programa Previne Brasil enquanto política pública que promove o desmonte da atenção básica, foi realizado uma pesquisa bibliográfica através de análises documentais sobre documentos oficiais da União e do Estado, também como a investigação de referências já analisadas e publicadas. Após a sistematização das informações obtidas pôde-se perceber que as mudanças nas políticas públicas sobre saúde mental impactaram no lugar da psicologia na atenção básica, através do desfinanciamento das equipes do NASF nesse âmbito.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção Primária. Previne Brasil

ABSTRACT

The psychosocial model in mental health provided advances in the anti-asylum struggle movement. However, in the current political context, there is the operationalization of dismantling the sus, implying difficulty in offering mental health care in primary care. To this end, topics will be addressed around the mental health care model, health care networks and the role of primary care, advances and challenges of care in the territory based on the legal frameworks of the SUS. With the aim of discussing the models of mental health care in Brazil, also about the health care networks and the psychosocial care network and problematizing the Previne Brasil program as a public policy that promotes the dismantling of primary care, a meeting was carried out. bibliographical research through document analyzes of official Union and State documents, as well as the investigation of already analyzed and published references. After the systematization of the information obtained, it could be seen that changes in public policies on mental health had an impact on the place of psychology in primary care, through the lack of funding for the NASF teams in this area.

Keywords: Mental health. Primary attention. Prevent Brazil

1 INTRODUÇÃO

De acordo o Plano global de saúde mental proposto pela OMS (Organização Mundial da Saúde) é de fundamental importância que seja consolidada a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de base territorial e comunitária. No Brasil, dentro da

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email:

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email:

política nacional de saúde, a implantação dos serviços da Rede de atenção psicossocial (RAPS) é desenvolvida com esse intuito e constitui um núcleo fundamental de serviços substitutivos como alternativa à institucionalização da loucura. Deste modo reforçando a importância da integração dos serviços de saúde mental à atenção primária bem como dos serviços de reabilitação psicossocial. (ALMEIDA,2019).

A portaria nº 3.088/2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe os critérios de organização e implementação, estabelecendo os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e está organizada nos diversos níveis de atenção, composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

A conquista do novo modelo de cuidado em saúde mental, implementado através das políticas públicas em saúde mental, proporcionou avanços imprescindíveis reivindicados pelo movimento da luta antimanicomial, como o investimento financeiro em serviços substitutivos, fechamentos de leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços de base comunitária. (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021). Entretanto, alguns desafios ainda persistem no processo de desinstitucionalização do sujeito e superação no estigma designado ao sujeito em sofrimento mental. Para Macedo et al. (2017), as distorções na implantação da política federal nos níveis estaduais e municipais interferem no processo substantivo do modelo manicomial influenciando a manutenção de espaços de segregação como exemplo as comunidades terapêuticas.

Diante da conjuntura atual, onde se agrava as desigualdades socioeconômicas da população em decorrência de um governo com características antidemocráticas pautadas no neoliberalismo, observa-se a defasagem das instituições e políticas de proteção social. A série de medidas regressivas instituídas pela instância federal, tem fragilizado a prerrogativa da constituição federal, de garantia a direitos básicos, a quem o acesso à saúde, agravado diante a pandemia. O desmonte do SUS, instaurado a partir de cortes orçamentários, afeta, assim, as políticas públicas de saúde mental implicando a falta de acesso aos serviços. Contudo, diante deste cenário, onde a contribuição do psicólogo na rede de atenção básica se faz ameaçada, torna-se necessário o estudo acerca de como as medidas oficiais promovem o desmonte, bem

como dos impactos na possibilidade de ação das equipes multiprofissionais e na oferta de cuidado a população, a fim de refletir acerca de estratégias que auxiliem o fazer da psicologia na resistência ao retrocesso da luta antimanicomial.

A inquietude acerca dos fenômenos sociopolíticos atuais, e a forma como estes têm afetado a saúde da população, sobretudo mental, corroborou para delimitação presente estudo no que tange a seguinte problemática: como as mudanças atuais nas políticas de saúde impactam a oferta dos serviços públicos de saúde mental. Diante da análise da conjuntura política atual e de seus desdobramentos nas políticas públicas de saúde faz-se importante refletir sobre o papel da psicologia no âmbito coletivo e social de modo que possam ser reforçados os princípios éticos fundamentais que embasam sua prática tais: o trabalho visando promoção a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, contribuindo para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão; atuação se dará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural; promoção a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão. (CRP, 2005).

Esse trabalho objetivou refletir sobre a rede de atenção psicossocial com foco na atenção primária à saúde. Para tanto, pretendeu, ainda discutir os modelos de atenção à saúde mental no Brasil, bem como a organização das redes de atenção à saúde e a rede de atenção psicossocial, além de problematizar o previne brasil enquanto política pública analisando as mudanças na oferta de serviço de saúde mental na atenção a partir do decreto n° 2.979/19 que o institui.

2 METODOLOGIA

A elaboração dessa pesquisa é de abordagem qualitativa, que baseia se na compreensão e explicação de realidades sociais que não podem ser quantificáveis e trabalha com rede de significados. No tocante a sua natureza diz respeito a pesquisa básica, pois que tem o intuito de gerar conhecimentos novos para o desenvolvimento da ciência. Quando ao objetivo, detém-se a pesquisa exploratória, pois busca promover maior familiaridade com o problema, tendo em vista torná-lo mais explícito e passível de produção de saberes.

O procedimento desta pesquisa se configura como bibliográfico, de modo que o levantamento de informações se dá pela investigação de referências já analisadas e publicadas em meios escritos ou eletrônicos como revistas, artigos, livros e web sites. (GERHARDT,

SILVEIRA, 2009). Para este estudo, as buscas em bases de dados online se deram por meio dos seguintes termos: rede de atenção psicossocial, política nacional de saúde mental. Foram analisados livros, artigos científicos, teses, e publicações do diário oficial da União e do Estado do Ceará.

Enquanto uma revisão narrativa de literatura, tratou-se de uma análise documental, que consiste em uma metodologia de investigação científica que utiliza determinados procedimentos técnicos e científicos com o propósito de examinar e compreender o teor de documentos dos mais variados tipos, obtendo assim as mais significativas informações, conforme o problema de pesquisa estabelecido (JÚNIOR, E. B. et al, 2021). Para análise das publicações acerca das políticas públicas de saúde mental listadas na tabela abaixo foram realizados os procedimentos da leitura informativa, sendo as informações identificadas, categorizadas de acordo com os objetivos da pesquisa e gerando os tópicos do texto.

Documentos/ano
Portaria nº 3.088/2011
Decreto nº 2.979/2019
Decreto nº 7508/2011
Portaria nº 4.279/2010
Lei Orgânica Complementar 8080/90
Lei Orgânica Complementar 8142/90
Portaria nº 2.488/2011
Portaria nº 2.979/2019
Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 2017
Portaria nº 99/2020
Nota técnica nº 322/2020
Portaria nº 336/2005
Portaria nº 245/2005
Portaria nº 615/2013
Nota técnica 11/2019
Portaria nº 2.436/2017
Resolução 32/2017
Portaria 3.588/2017
Decreto 3088/2011

3 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM DISPUTA NO BRASIL

O cuidado destinado a sujeitos em situação de sofrimento mental foi historicamente determinado pelo modelo manicomial e asilar sustentado pela lógica higienista e poder psiquiátrico. Desta forma, o tratamento ou “cura” da estigmatizada doença mental tinha como

princípio e tecnologia o isolamento terapêutico do doente mental dos centros das cidades e convívio social através da institucionalização dos sujeitos, que se dava através do enclausuramento nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE; TORRE, 2018). Com efeito, sem a existência de políticas de saúde que garantisse o direito mínimo a tratamento com dignidade, as pessoas que eram retiradas de seus trabalhos, famílias, lazer e cultura, eram destituídas de sua condição de sujeito e passadas a objetificação do saber médico psiquiátrico no que tange a prerrogativa de cura, essas condições degradantes não poderiam ser superadas.

A ruptura do modelo manicomial de tratamento à loucura, fomentado pela reforma psiquiátrica, busca a restituição da condição de dignidade do sujeito através da inclusão social e cidadã. Nas últimas décadas, a reforma psiquiátrica brasileira proporcionou uma intensa crítica aos princípios psiquiátricos, bem como impulsionou importantes processos de desconstrução manicomial, como a substituição da instituição psiquiátrica por redes de serviços de saúde mental e dispositivos de atenção psicossocial. Assim, através do fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos torna-se possível a construção de novos conceitos sobre a loucura e novas práticas e espaços de cuidado com paradigma psicossocial, a partir da restituição aos espaços de convivência coletiva e participação social, são garantidos aos sujeitos em sofrimento mental direitos fundamentais como o acesso ao lazer, ao trabalho, à cultura, bem como o acesso aos serviços públicos de saúde (AMARANTE; TORRE, 2018).

Ressalta-se que durante muito tempo, o encarceramento do louco esteve sustentado dentro de um modelo político de regime totalitário, de ditadura. Assim, o processo de redemocratização do país, bem como a criação do sistema único de saúde, atrelado ao movimento da luta antimanicomial, proporcionam à realidade brasileira a possibilidade de implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental. Entretanto alguns desafios ainda repercutem na substituição do modelo manicomial como a distorção na implantação das políticas federais nos estados e municípios (ROSA, 2009 apud MACEDO et al. 2017).

O modelo de cuidado à saúde mental que predominou, desde o início dos séculos XIX até as conquistas recentes da reforma psiquiátrica, se caracteriza pela centralidade na exclusão dos sujeitos desviantes, o que denota sintonia com uma cultura higienista, assim o modelo asilar é pautado na opressão contra aqueles que não se enquadram nos modelos sociais ideais. Ademais na perspectiva do modelo psiquiátrico clássico, hospitalocêntrico, se tem como fundamental a centralidade na doença e no combate aos seus sintomas, sob a primazia biológica com foco nas relações biunívocas de causa-efeito (SAMPAIO, 1998; apud NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO; 2016).

De acordo com Carneiro (2008) em discussão sobre as relações de poder instituídas no cuidado com o louco, é apontada a medicalização da loucura e o estreitamento da relação medicina-hospitalização, onde o desenvolvimento da tecnologia hospitalar confere centralidade nas práticas no modelo hospitalar. Em consequência, são impedidas as possibilidades de assistência a domicílio e o desenvolvimento do valor terapêutico dos vínculos familiares, impedindo assim o sujeito de estabelecerem relações em suas comunidades de origem.

Com o avanço das políticas públicas de saúde a partir da instauração do SUS, a tentativa de superação do modelo hospitalar se deu através do desenvolvimento e implantação do modelo de atenção psicossocial territorial promovido pela reforma psiquiátrica. Esse modelo de atenção se caracteriza pela ampliação do conceito de saúde, onde vem a considerar os condicionantes socioculturais na produção do processo de saúde-doença, bem como a produção histórica do papel do doente mental e do cuidado humanizado. Objetivo da intervenção, portanto, se deslocar da doença para o sujeito em sofrimento psíquico, atribuindo ao território o espaço responsável pela produção de cuidado integral a partir da perspectiva intersetorial. (GUIMARÃES, 2012)

Ressalta-se que mesmo diante de melhores resultados e indicadores, apontados por estudos científicos, quando há a utilização do modelo psicossocial, por meio da clínica ampliada, (BORBA et al. 2012; ALVES; FRANCISCO, 2009) o modelo asilar ainda permanece sendo utilizado e disputando espaço. Uma das possibilidades de pensar sobre isso tem relação com a forma de organização econômica, que forja subjetividades, pautada no capitalismo neoliberal, que apregoa a crença da existência de heróis solitários e de meritocracia. Nesse processo, há uma certa corrosão da confiança e do compromisso mútuo, ou seja, ninguém deve se sentir responsável por ninguém que não seja a si mesmo, aos próprios objetivos. Sujeitos atomizados, solitários e líquidos, com lealdades e responsabilidades flexíveis, especialmente as voltadas aos direitos coletivos. Como diz Rimke ((2000, p. 73), “as subjetividades Inter identificadas, para as quais a cidadania impõe obrigações e das quais depende, são negadas por uma vida de autoajuda”. Esse individualismo é base para validação do modelo asilar, segregacionista e de desresponsabilização coletiva em suas práticas (SENNETT, 1998, BAUMAN, 2001).

Visando a superação desse paradigma asilar, é que acontece a criação da rede de atenção psicossocial (RAPS), através da portaria n. 3.088/2011, que se configura como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no Brasil, tendo como objetivo promover a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, e garantir

qualificação do cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. A desconstrução do modelo manicomial, através do acesso à saúde de forma integral, se configura como objetivo da RAPS, uma vez busca promover a reabilitação e a reinserção social das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio do acesso a cuidado em saúde, ao trabalho, renda e moradia solidária. (BRASIL, 2011).

A possibilidade da existência da RAPS, tem base legal no decreto 7508/2011, que reafirma a proposição da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual implementa as redes de atenção à saúde. Essa proposição acontece para dar conta de atender aos princípios do SUS expostos nas Leis Orgânicas Complementares 8080/90 e 8142/90, bem como atender efetivamente às necessidades decorrentes da transição epidemiológica, ou seja, no Brasil os agravos em saúde mais registrados deixaram de serem as doenças infecto contagiosas e passaram a serem doenças crônicas e de causas externas. Com base na maior prevalência destas, foram instituídas redes temáticas, a saber: urgência e emergência, cegonha, doenças crônicas, pessoas com deficiência e atenção psicossocial.

4 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ASPECTOS DA CONJUNTURA ATUAL

As redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que operam através de diferentes densidades tecnológicas, sendo essas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, tendo assim o objetivo de garantir a integralidade do cuidado proposto pelo SUS. A organização da RAS sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER e TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. A estrutura operacional das RAS expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde), sendo ordenadora do cuidado; pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de

acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (da rede de atenção à saúde).

A formação de relações entre os diferentes pontos de atenção dentro da perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem caráter horizontal, assim os pontos de atenção passam a ser considerados como espaços de oferta de serviço de saúde sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção como melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde. (OLIVEIRA, 2016).

No aspecto organizativo, a AP, se dá como ordenadora do cuidado em saúde na RAS, de modo que se configura como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo também responsável por coordenar o fluxo dos usuários entre outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS. Ademais, dentro de suas atribuições contribui na manutenção de vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros). Essa posição estratégica da APS no fluxo da atenção à saúde do usuário tem por objetivo potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde (BRASIL, 2011b).

A atenção primária à saúde desde 2011, vinha sendo organizada com base na portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Entretanto, com a portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, houve a instituição do Programa Previne Brasil, estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Esse novo modo de organização da política de saúde, que opera de forma estrutural, induz mudanças principais para a atenção básica sendo elas: a extinção aos pisos fixos e variável (PAB), mudanças no repasse de recursos federais e estabelece nova forma de pagamento por desempenho (BRASIL, 2019). Segundo análise de Morosini, Fonseca, Baptista (2020), o valor fixo no repasse de recursos tem-se que era a principal garantia para a organização de um SUS local, no entanto sua extinção, implica, o fim do financiamento universal da atenção básica e manutenção dos sistemas locais (MASSUDA, 2020 apud MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

De acordo com a portaria do Previne Brasil, os critérios que passam a orientar a nova política de financiamento são: a captação ponderada; o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas. A captação ponderada por lista de pacientes aproxima-se do modelo de contratação de serviços ao setor privado e afasta-se da perspectiva do direito

universal à saúde. Quanto a ênfase na pessoa cadastrada ou assistida, levanta a preocupação quanto ao enfoque no indivíduo, em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção territorializada, princípios da atenção básica. Desta forma, implica com a ruptura do princípio da universalidade. Tal prerrogativa, admite, portanto, que parcela da população não será atendida na atenção básica, tornando-se menos visíveis os problemas do território (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O pagamento por desempenho considera os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES (Brasil 2019). O Previne Brasil não valoriza os apanhados do Programa de Melhoria de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que tinha como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica com incentivos à gestores e as equipes propondo um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) (BRASIL, 2017), e introduz outra lógica de desempenho, que enfatiza o monitoramento de procedimentos e os resultados das ações de saúde, não abrangendo a avaliação dos processos de trabalho.

No modelo de pagamento por incentivo para ações estratégicas, mantém-se a lógica de indução por incentivos específicos, mas põe fim aos incentivos que reforçam a orientação do modelo e a estruturação do trabalho numa perspectiva territorial e comunitária, como a implantação de equipes de saúde da família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e saúde indígena. Nesse sentido, apesar dessas modalidades serem inseridas como equipes para registro no SCNES na Portaria nº 99 23 de fevereiro de 2020, não recuperam o status de estratégias incentivadas pela política federal de financiamento da atenção básica (MOROSINI, 2020, p. 11). Nessas mudanças, a saúde mental perdeu espaço de atuação nesse cenário de práticas.

5 O LUGAR DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENQUANTO PROFISSÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Diante do contexto da reforma psiquiátrica com seus princípios de desinstitucionalização e inserção dos serviços substitutivos no modelo de cuidado, é destinado à atenção básica a função de prevenir os agravos em saúde mental, garantir a integralidade do cuidado dos usuários assistidos pelo CAPS, responsabilizando-se pelo cuidado continuado dos usuários na rede. Assim, o fazer da psicologia dentro do contexto da saúde mental pública, na atenção

básica torna-se estratégico na operacionalização da política antimanicomial. (CPR, 2018). Contudo, a inserção do profissional da psicologia nas políticas públicas se deu no contexto de desafio para superação da reprodução do modelo de clínica individualizada, onde comumente a prática em saúde é transportada para a saúde pública de forma acrítica e descontextualizada do contexto territorial do usuário.

A profissional de psicologia, no contexto da rede de atenção, é inserida nas equipes de saúde da família, enquanto projeto de governo em 2007, sendo guiado pelo matriciamento, que é um arranjo organizativo no qual duas equipes se articulam sendo uma, apoio matricial (Núcleo de apoio a saúde da família - NASF) e a outra, equipe de referência (equipe de estratégia de saúde da família - eESF). Assim, essa proposta valoriza a importância de superar o modelo de produção de cuidado em saúde fragmentado, há a necessidade de diálogo e compartilhamento de saberes com outras áreas (CPR, 2018).

Segundo Alexandre e Romagnoli (2017) o desenvolvimento do apoio matricial consiste em ações de caráter multidisciplinar e intersetorial que visam a promoção e prevenção bem como reabilitação em saúde. Assim, ações de educação permanente em saúde, promoção da integralidade e a territorialização dos serviços de saúde, são diretrizes que na prática se operam através de discussão de casos clínicos, realização de visitas domiciliares e consultas compartilhadas, interconsultas, desenvolvimento de projeto terapêutico singular, dentre outras ferramentas de cuidado.

A articulação do profissional de psicologia nas Equipe de saúde da família através do NASF proporcionava a este a ampliação de sua prática clínica para além do consultório tradicional e de práticas que privilegiam a lógica secundária e terciária da rede. O papel da psicóloga nessas equipes, atravessa a necessidade de inserção no território como uma prioridade, extrapolando o setting terapêutico privado e proporcionando a este profissional a possibilidade de atuação em uma prática institucional complexa, otimizando o acesso do serviço à população (ALEXANDRE E ROMAGNOLI, 2017).

Na atenção básica, o NASF exercia a função de gestão aberta com a finalidade de potencializar a capacidade das eESF a atuarem diante demandas e problemas de cunho clínico e sanitário. Nas intervenções compartilhadas e troca de saberes que abrangem a interdisciplinaridade, psicóloga seria responsável por atuar na demanda das equipes de Saúde da família através da dimensão clínico-pedagógica, no que tange a ação clínica relacionada diretamente ao usuário e da dimensão técnico-pedagógico quando as ações são direcionadas a equipe de referência e visa promover a autonomia desta na resolução de demandas específicas (Brasil, 2013).

Diante das atribuições determinadas aos profissionais da psicologia e possibilidades de ações no contexto da saúde coletiva, é importante refletir sobre os desafios impostos na prática cotidiana dessas profissionais que perpassam desde aspectos políticos-ideológicos e formas de produção de conhecimento, à modos de fazer profissional. (FURTADO, CARVALHO, 2015). Os desafios impostos na efetivação da política do NASF, na atenção básica, atravessam a operacionalização dos serviços desde 2008, ano de sua introdução ao decorrer do seu desenvolvimento. Diante disto, em cartilha de referência para atuação da psicóloga na atuação na atenção básica produzida pelo Centro de Referências Técnicas em Políticas Públicas (CREPOP), as pesquisas realizadas entre esse período de 10 (dez) anos apontam estudos que destacam alguns dos obstáculos a serem enfrentados pelo profissional da psicologia. (CRP, 2018)

Segundo Nepomuceno e Brandão (2011) o número elevado de eESF, dificulta o estabelecimento e criação de vínculo da psicóloga entre as equipes da ESF e com o território, implicando na falta de compreensão das equipes acerca do fazer da psicologia. Ainda segundo os autores a compreensão equivocada do termo saúde mental corrobora no fortalecimento da lógica do atendimento individualizado e desvinculado de outros saberes e contexto, logo a não implicação dos outros profissionais da ESF/AB com o cuidado em saúde mental, faz com que a psicóloga exerça dentro das equipes, o mesmo papel que o CAPS cumpre dentro da rede, o de responsável exclusivo pelo cuidado da pessoa em sofrimento mental.

Ademais, como pontua referência técnica do CREPOP (2018), a dificuldade das efetivações das ações do NASF num território que demanda multidisciplinaridade de saberes, é também resultado da limitação imposta a composição da equipe multiprofissional, sendo baseada apenas em critérios como a economia de recursos, pressões políticas e disponibilidade de profissionais. Destarte, considerar o território e suas diversas formas de produção de vida através da perspectiva do apoio matricial pode contribuir a vislumbrar as novas formas de enfrentamento dos desafios impostos (CFP, 2018). Entretanto, a perspectiva das profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde mental deve estar atrelada a mudanças macropolíticas que corroborem na implantação dos objetivos propostos pela pelas diretrizes do sistema de saúde e operacionalização das redes de atenção.

De acordo com as autoras Cintra e Bernardo (2017), a partir o conceito amplo de saúde que norteia o SUS, indicam que o trabalho contextualizado da psicologia na atenção básica deve se dar no sentido de possibilitar autonomia dos indivíduos e das coletividades no seu processo de saúde-doença. Para que esse objetivo seja alcançado, o psicólogo deve estar inserido, de fato, na comunidade, ou seja, no cotidiano dos moradores, compreendendo as

particularidades do território e as dinâmicas dos sujeitos de modo comprometido e aprofundado. (GÓIS, 2008 apud AMARAL; GONÇALVES; SERPA, 2012). Entretanto as medidas de alteração nas políticas de saúde, sobretudo na política nacional de saúde mental, tomadas pelo atual governo corrobora para o sucateamento da atenção básica e seus princípios, implicando na limitação, a nível estrutural, da profissional da psicologia nos serviços de base comunitária juntamente com a eESF.

Com a aprovação da Nota Técnica nº 3 22, de 27 de janeiro de 2020, que apresenta a configuração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil, define que de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Esse desfinanciamento do NASF pelo ministério público acarreta no descredenciamento e renúncia ao NASF como modelo no fortalecimento do cuidado multiprofissional de base comunitária e territorial. (MOROSINI; FONSECA; BATISTA, 2020). Tal prerrogativa e desfecho no incentivo financeiro da atenção básica acarretam na redução multiprofissional da equipe o que afeta diretamente o modelo de atenção integral e a oferta de cuidados em saúde mental, restringindo nesse sentido as possibilidades de atuação do psicólogo neste nível de atenção.

De acordo com Jimenez (2011), a instituição do NASF enquanto espaço de atuação da psicóloga na atenção básica, propunha que esses profissionais devessem construir em parceria com as equipes, resoluções eficientes para as demandas (individual, familiar, escolar...) de saúde existente em determinado território. Desta forma, considerando o lugar antes conferido ao psicólogo entende-se que “as abordagens em domicílio por meio de equipes volantes e o matricialmente são importantes ferramentas de cuidado para com os sujeitos e seus familiares, podendo ainda ser aliadas ao olhar criterioso e analítico para a demanda, enquanto expressão subjetiva de sofrimento”. (JIMENEZ, 2011, p. 132).

Contudo, a destituição do lugar do psicólogo dentro da atenção básica, operado pelo desmonte NASF, impacta o acesso da comunidade ao cuidado em saúde mental dentro de uma perspectiva de possibilidade de ações mais específicas que competem ao olhar da área da psicologia. Ademais, sem a prerrogativa da multidisciplinaridade, o lugar restrito conferido aos profissionais, a saber, da psicologia, contribui para um olhar limitado ao sujeito e uma perspectiva de ações fragmentadas no cuidado em saúde. Sendo isto um impacto considerado, por esse ponto de atenção ser a principal porta de entrada e a ordenadora da rede, que no caso da saúde mental é a rede temática de atenção psicossocial.

6 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: AVANÇOS E DESAFIOS DO CUIDADO NO TERRITÓRIO COM BASE EM MARCOS LEGAIS DO SUS

A proposta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) acompanha a luta do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, buscando implementar serviços com foco no cuidado dos sujeitos nas suas comunidades e, portanto, representando um modelo substitutivo ao modelo asilar. Dentro da perspectiva desse modelo em cuidado à saúde mental, que preconiza a redução das desigualdades, destaca-se o objetivo específico da RAPS de promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, bem como a produção e oferta de informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede (BRASIL, 2017).

Além disso, a RAPS dispõe de algumas diretrizes que direcionam o seu funcionamento como a garantia de acesso e qualidade na oferta do serviço, levando em consideração o caráter multiprofissional no modelo de cuidado a partir da lógica intersetorial, bem como a promoção de estratégias de educação permanente, desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas e a ênfase em serviços de base comunitária e territorial com participação e controle social por parte dos usuários e seus familiares. Destarte, os serviços de saúde mental na Atenção Básica precisam ajustar-se a fim de substituir o modelo ideológico dominante, sendo este supremacista e medicalizante, reforçando práticas da psiquiatrização e psicologização do indivíduo e suas demandas (GARCIA; REIS, 2018).

De acordo com o Ministério de Saúde constitui ainda algumas diretrizes de funcionamento da RAPS quanto a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental no âmbito do SUS. Destaca-se aqui, em consonância com os avanços reivindicados na reforma psiquiátrica, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

A implementação da rede de atenção psicossocial se dá então nos diversos níveis de complexidade que integram o sistema de saúde. Na atenção básica, os pontos de atenção que constituem a rede são a Unidade Básica de Saúde (UBS), Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, e centro de convivência. A UBS constituída por equipe multidisciplinar responsável por desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011)

No que concerne aos serviços especializados, o ponto de atenção da RAPS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Este é composto por equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial. Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados

clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos, leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011, art. 3.088)

No tocante às legislações que dispõem da implantação desse equipamento citam-se a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2005 que estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima. A Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005 destina incentivo financeiro para implantação de CAPS, atrelada a Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando seu objetivo de ação de serviço multidisciplinar, o CAPS tem como modelo de atendimento o trabalho em rede, que é a comunicação ativa entre os outros pontos de atenção que compõem a rede de atendimento em saúde mental, como: a atenção básica, Estratégias de saúde da Família (ESF). Desse modo, o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (FERREIRA, 2016).

A RAPS, ainda conta com serviços de atenção de urgência e emergência, que incluem o SAMU 192; Sala de Estabilização, UPA 24 horas, entre outros; a atenção residencial de caráter transitório, constituída por Unidade de Acolhimento e serviços de Atenção em Regime Residencial; e atenção hospitalar, enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; os Serviços Residenciais Terapêuticos são incluídos no ponto de atenção na estratégia de desinstitucionalização, bem como o componente de reabilitação psicossocial. Ressalta-se que essa diversidade de possibilidades de serviços de saúde tem um potencial de promover o cuidado integrado aos

usuários, deste que esses pontos estejam, de fato, articulados e fortalecidos em termos de políticas públicas.

Percebe-se, portanto, que a RAPS, teve sua implementação através de diversas portarias que se seguiram, abrangendo o tratamento da doença mental em toda a rede do SUS, com destaque para a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, contemplando a possibilidade da internação, quando necessária. Tal cenário desagradou grupos de interesse econômico que se beneficiam da “mercantilização da loucura”.

Contudo, sabe-se que o desenvolvimento do SUS, desde sua instituição, foi acompanhado pelo crescimento do setor privado, que inicialmente tinha papel complementar na oferta de serviço em saúde. Entretanto, a lógica privatista engrenada pela hegemonia liberal, corrobora para ampliação progressiva da presença do setor privado no SUS, de modo que a relações de mercado são incorporadas nas políticas públicas e em seu processo de gestão, limitando à universalidade do direito, a concepção ampliada de saúde e à base de seguridade social (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Ainda segundo os autores, baseado nas noções de racionalização dos recursos e produtividade atreladas à lógica gerencialista, o Estado transferiu parte dos recursos e funções ao setor privado para a oferta e gestão dos serviços e da força de trabalho. Assim a Atenção básica, principal dispositivo de ampliação do direito à saúde no funcionamento do SUS, não foi isenta desse desenvolvimento meandroso (BRAVO et. al 2015 apud MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O SUS nesse sentido, vem ao longo de sua existência, se direcionando para o alcance dos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade com o objetivo de proporcionar contexto social mais justo e igualitário através da garantia de direitos e acesso à saúde da população. Entretanto, desde 2016, com a instauração do golpe, constituiu-se ainda mais um contexto favorável à pauta privatista que é materializada em contra reformas deflagradas em diversas frentes das políticas sociais e em específico na saúde (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Entre 2016 e 2018, durante o governo interino de Temer, inicia de forma mais concisa o processo de desmonte das conquistas da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). De acordo com os autores Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), a partir da análise de documentos oficiais, entre eles portarias, resoluções, nota técnica e decretos publicados no período de 2016 a 2019, indicam os primeiros impactos das mudanças na Rede de Atenção Psicossocial. A alteração desses documentos é designada pela Nota Técnica 11/2019 como a Nova Política de Saúde Mental e se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e ênfase no

financiamento de comunidades terapêuticas, atrelada à estagnação das implantações dos serviços de bases comunitárias.

Diante desse contexto de desmonte, a atenção básica é o maior alvo, ainda em período anterior ao início mais concreto das alterações na saúde mental, foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (Brasil, 2017e). As alterações propostas pela portaria implicaram na retirada da palavra democracia no que tange a forma da prática do cuidado, bem como interferiu no estabelecimento do número de ACS por equipe para cobertura do território. Logo, a possibilidade de cuidado de base comunitária é afetada diretamente pelo modelo de funcionamento, no qual a Estratégia Saúde da Família (ESF) opera praticamente sem agentes comunitários de saúde e sem o matriciamento, assim, uma RAPS com apoio da ESF limitado corre o risco de ser insuficiente nas ações territoriais e de se aproximando mais do modelo pautado na atenção especializada (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

No contexto de desmonte das políticas de saúde mental, é discutida pelos autores a resolução 32 da comissão intergestores tripartite de dezembro de 2017 juntamente com a portaria 3.588/17, que vêm estabelecer novas diretrizes para o funcionamento da RAPS, onde reformula o financiamento, metodologia de avaliação dos serviços assim como a orientação clínica da RAPS. Desde que a reforma psiquiátrica passou a orientar as políticas de saúde mental, esta resolução vem trazer pela primeira vez o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, apontando ainda para maior financiamento deste. Ademais incluem ainda os hospitais dia que funcionam de modo similar aos CAPS mas sem o caráter territorial o que compromete um dos mais importantes princípios norteadores da atenção psicossocial.

A partir de 2019, um conjunto de medidas que indicam a constituição de uma nova política, intensificou a reconfiguração do SUS pela atenção básica, abrangendo mudanças de nomenclatura, reestruturação da organização e construção de instrumentos normativos. Os autores Morosini, Fonseca e Baptista (2020) apontam críticas quanto ao processo das propostas de reestruturação da atenção destacando as características que promovem um modelo mercantilizado de gestão e atenção à saúde em eixos como o financiamento, regulação e prestação de serviços.

A nova proposta de financiamento, Programa Previne Brasil altera estruturalmente a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos

federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho

"Esse conjunto de medidas intensifica o as mudanças estabelecidas pela PNAB 2017 e delinea uma alteração significativa no cenário político e institucional da atenção básica. O Previne Brasil, a ADAPS e a CaSAPS, combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde(...) A articulação entre seus conteúdos e a velocidade com que esses documentos foram oficializados sugerem que a arquitetura da nova política para a atenção básica vem sendo produzida com clareza de interesses." (MOROSINI, FONSECA E BAPTISTA, 2020, p. 3).

Diante disto o curso da política pública em saúde na conjuntura atual, caminha para o desmonte estruturalmente institucionalizado impactando na limitação de possibilidades de promoção da saúde mental conquistadas pela reforma psiquiátrica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto político atual, vemos uma série de medidas que representam retrocesso a conquistas de direitos sociais básicos. No âmbito da saúde, a reestruturação do SUS embasada na mudança do financiamento, caracterizada sobretudo pelo corte orçamentário, afeta a estruturação do sistema em rede, logo o acesso da população ao cuidado em saúde. Nesse sentido as mudanças propostas pelo programa Previne Brasil, veio a articular o desmonte do SUS através da reestruturação da atenção básica, impactando modelo de cuidado integral e de base territorial ofertado pela rede de atenção psicossocial. Com isso, as pesquisas realizadas nesse estudo buscaram compreender os desafios impostos no cuidado em saúde mental, sobretudo do profissional da psicologia, a partir do impacto das medidas do governo federal nas conquistas da reforma psiquiátrica.

Entende-se que com a implementação dos princípios do SUS no processo de cuidado na saúde pública proporcionou a garantia de direito universal. No cuidado em saúde mental, as conquistas da luta antimanicomial, proporcionaram a integração no âmbito do sus, do modelo de assistência psicossocial, que a partir ampliação do conceito de saúde passa a atribuir ao território a potencialidade de produção do cuidado humanizado e integral ao sujeito em sofrimento mental.

Nessa perspectiva, de superação de modelo asilar foi criada, pelo decreto 3088/2011 a rede de atenção psicossocial que teve como objetivo articular os pontos de atenção das redes de saúde na perspectiva territorial buscando promover a reinserção social das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A rede de serviços substitutivos instituiu os pontos de atenção à saúde em nível primário, secundário e terciário como espaços importantes de oferta de serviço em saúde. Nesse contexto, a atenção básica se configura como ponto principal porta de entrada aos serviços de saúde e tem como objetivo desenvolver atenção integral à promoção e prevenção de agravos etc.

Diante disto o profissional da psicologia viria a se inserir nesse nível de atenção através do NASF, que integrava a equipe referência a partir do apoio matricial. Nesse sentido, na busca para superação do modelo fragmentado de produção do cuidado à saúde faz se de suma importância o diálogo e compartilhamento de saberes com as outras áreas. O papel deste profissional, portanto nesse contexto atravessa a importância de inserção o território como prioritário.

Contudo, a implantação do programa Previne que reestrutura a forma de financiamento da atenção básica exclui das equipes de Saúde o apoio do NASF renunciando o modelo de fortalecimento do cuidado multiprofissional de base comunitária. Logo, com a destituição do lugar do psicólogo dentro da atenção básica, ampliam se os desafios quanto a oferta de cuidado integral bem como impacta na limitação acesso à comunidade aos serviços específicos que contemplam a área da psicologia.

Diante disto, com base no código de ética das psicólogas, o comprometimento social com a defesa dos direitos humanos e a emancipação dos sujeitos dos sistemas de opressão, é importante a reflexão sobre a necessidade de um posicionamento não neutro na categoria psicológica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C.; Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. V. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>>. Acesso em 29 de set. 2022.

ALEXANDRE, M. L.; ROMAGNOLI, R. C. Prática do Psicólogo na Atenção Básica - SUS: conexões com a clínica no território. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v.10, n.2, p.284-299, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822017000200013&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: 18 nov. 2022.

ALVES, Edvânia dos Santos; FRANCISCO, Ana Lúcia. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 29, n. 4, p. 768-

779, dez. 2009 . Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 dez. 2022.

AMARAL, M. S.; GONÇALVES, C. H.; SERPA, M. G.: Psicologia Comunitária e a Saúde Pública: relato de experiência da prática Psi em uma Unidade de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**. V. 32, n. 2, p. 484-495, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000200015>. Acesso em: 22 Novembro 2022.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.: “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública [online]**. v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov./dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>>. Acessado em: 2 Outubro 2022.

BAUMAN, Zygmunt. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) Perguntas frequentes. Rio Grande do Sul, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. Diário Oficial da União, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017h. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 15 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017e. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 19 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previnde Brasil. Diário Oficial da União 2019.

Carneiro, N. G. O.; Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. p. 208-220, v. 11, n. 2, 2008..Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000200003>>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional dos Psicólogos, Resolução n.º 10/05, 2005.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 2. ed. — Brasília : CFP, 2019.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>> . Acesso em: 15 nov. 2022.

FERREIRA, Jhennipher Tortola et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Rev Saberes**, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.

FURTADO, Maria Edilânia Matos Ferreira; CARVALHO, Liliane Brandão. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande* , v. 7, n. 1, p. 9-17, jun. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 18 nov. 2022.

GARCIA, P. T. ; REIS, R S. (Org.) de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/. São Luís: EDUFMA, 2018.

Jimenez, L.: Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**. v. 23, n.spe, p. 129-139. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>>. Acessado 22 Novembro 2022.

JÚNIOR, E. B. et al: Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da FUCAMP**, Minas Gerais, v. 20, n. 44, 2021. Disponível em: <<https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356>>. Acesso em 14 dez. 2022

Macedo, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 1 [Acessado 2 Outubro 2022] , pp. 155-170. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. e BAPTISTA, T.W. F.: Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 36, n. 9 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>>. Acesso em 19 nov. 2022

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C.: A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>>. Acesso em: 18 nov. 2022

NUNES, J. M. GUIMARÃES, J. M.; SAMPAIO, J. J.: A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 26, n. 4, pp. 1213-1232. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>. Acessado 15 Dezembro 2022.

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDÃO, I. R.: Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. *Psicologia: Ciência e Profissão*. V. 31, n. 4 p. 762-777, 2011 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400008>>. Acesso em: 19 nov. 2022

RIMKE, H. M. Governing citizens through self-help literature. *Cultural Studies*, v. 14, n. 1, p. 61-78, 2000.

SAMPAIO, M. L.; JÚNIOR, J. P. B.: Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 37, n. 3, 2021.] , e00042620. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>>. Acesso em: 3 Outubro 2022.

SENNETT, Robert. *The corrosion of character: the personal consequences of work in the new capitalism*. New York: W.W. Norton, 1998