



MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: O PAPEL DO PSICÓLOGO NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE MATRICIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE ENVOLVENDO SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Elisiene Chaves Fagundes¹
Manoel Deusdedit Júnior²

RESUMO: O presente artigo é o resultado de uma pesquisa bibliográfica que buscou discutir qual o papel do psicólogo no desenvolvimento de ações de matriciamento na atenção primária de saúde envolvendo serviços de saúde mental. Tem como objetivos discorrer brevemente sobre a estrutura e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, analisando a articulação da atenção primária com os serviços substitutivos em saúde mental, bem como compreender o que é o matriciamento em saúde mental: suas propostas e desafios, para, por fim, descrever o papel do psicólogo no desenvolvimento de ações de matriciamento em saúde mental na atenção primária de saúde. Como resultado observa-se que muitas são as dificuldades na implantação do modelo de apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde, mas tal modelo pode ser uma ferramenta de potencial desenvolvimento de ações que contribuam na promoção de saúde e principalmente na reinserção do portador de sofrimento mental no contexto da comunidade; e aqui o psicólogo muito tem a oferecer, sendo necessária uma formação adequada desse profissional, voltada para as políticas públicas e para esse novo modo de produzir saúde, a fim de trazer resultados satisfatórios no cuidado à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Matriciamento em Saúde Mental; Psicologia na atenção primária.

INTRODUÇÃO

Desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), várias têm sido as questões que surgiram com vistas a tornar seus princípios e propostas exequíveis. Dentre os vários questionamentos surgidos nesse âmbito, um nos é de particular interesse, a saber: qual o papel do psicólogo no desenvolvimento de ações de matriciamento na atenção primária de saúde (APS), envolvendo serviços de Saúde Mental? Pensar nas possíveis contribuições do psicólogo nesse contexto constitui, portanto, a principal motivação desse estudo. O interesse pelo tema surgiu a partir da participação, como extensionista, de um projeto em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). No referido projeto pôde-se constatar a importância das ações do psicólogo na articulação da atenção primária com os serviços de saúde mental e o quanto as deficiências na formação desse profissional para o serviço público prejudicam tal articulação.

¹ Aluna do 9º período de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Betim.

² Professor Doutor do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Betim.

Outro aspecto que diz da importância em estudar o tema aqui proposto se deve à crescente inserção de psicólogos na atenção primária de saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), citado por Dimenstein (1998), o número de psicólogos em equipes de saúde em 1976, correspondia a 726 em todo o Brasil. Em 1984, esse número passou para 3.671. Dados correspondentes ao ano de 2006, colhidos para o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por Spink, Bernades, Santos e Gamba (2007), apontam que existia um total de 14.407 psicólogos trabalhando na rede de serviços públicos de saúde no Brasil.

Assim sendo, torna-se importante, por ser necessária, uma compreensão do papel do psicólogo no processo de interlocução da APS com os serviços de saúde mental, visto que a formação nem sempre fornece preparação suficiente para a atuação em consonância com o SUS. As deficiências na formação acadêmica podem ser entraves para a articulação e bom funcionamento do serviço.

Para que seja possível esse tipo de discussão, objetivamos, com a presente proposta, descrever brevemente a estrutura e algumas das diretrizes do SUS, analisando, sobretudo, a articulação da atenção primária com os serviços substitutivos em saúde mental, buscando, ainda, compreender o que é o matriciamento em saúde mental: suas propostas e desafios, com vistas a descrever o papel do psicólogo no desenvolvimento de ações de matriciamento em saúde mental na APS.

Como metodologia para a realização deste trabalho, utilizamos a pesquisa bibliográfica, que, segundo Marconi e Lakatos (2010), consiste numa forma de colocar o pesquisador em contato direto com a bibliografia publicada sobre determinado assunto. Pode ser realizada através de: publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc. A finalidade é auxiliar o pesquisador na análise e manipulação de suas informações, propiciando examinar um tema sob um novo enfoque, podendo chegar a conclusões inovadoras.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DIRETRIZES E ESTRUTURA

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na garantia de direitos referentes à saúde com a criação do SUS, quando define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões, como: a alimentação, moradia, emprego, lazer e educação. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a esse conjunto de fatores (CONASS, 2011).

A seção II da Constituição Federal de 1988 trata especificamente da saúde. Em seu artigo 196 cita que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Em 19 de setembro de 1990, é aprovada a Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre a constituição do SUS, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências (BRASIL, 1990). O título II da Lei nº 8.080/90 trata da disposição preliminar do SUS da seguinte forma:

Art. 4 – O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.
§ 1- Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
§ 2 – A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar. (BRASIL, 1990, p. 3).

No capítulo referente aos princípios e diretrizes, o artigo 7 discorre que as ações e serviços que integram o SUS devem obedecer aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, preservação de autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde, direito à informação sobre saúde, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, utilização de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde, utilização de epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, integração em nível executivo das ações de saúde, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Desse modo, a organização do SUS constitui-se em rede, uma vez que se trata de um sistema que busca a integralidade da assistência à saúde do indivíduo. De acordo com Andrade e Santos (2011), bastariam duas características para o modelo se impor como modelo de

rede: ser único e descentralizado; mas, segundo os autores, o que faz com que o serviço dê conta desse encargo é o princípio da integralidade.

Um modelo integral irá dispor de estabelecimentos sistematizados, com recursos necessários à produção de ações de saúde que irão contemplar, desde ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, passando pelas ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011).

Ainda de acordo com Andrade e Santos, uma rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é:

a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária. (ANDRADE; SANTOS, 2011, p. 37).

A finalidade da rede é integrar os serviços e melhorar a eficiência e a racionalidade dos mesmos, sejam eles organizados por especialidade, por nível de atenção, por ciclo de vida ou por outros critérios (ANDRADE; SANTOS, 2011).

A organização desses diferentes serviços deve ser, segundo Silva (2011), de acordo com o território: as unidades de saúde, serviços assistenciais, de apoio etc, devem ser feitas nos locais adequados e construindo as linhas mais corretas de comunicação e fluxo entre eles. “É necessária a opção por um modelo de atenção que tenha como conceitos balizadores da mudança, a reorganização da assistência orientada para condições crônicas, a vigilância em saúde, a integralidade da atenção, humanização do atendimento” (SILVA, 2011, p. 92).

Ainda de acordo com o autor, na configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS), os modelos operacionais de implantação devem atender aos seguintes requisitos:

1) definição de território; 2) realização de diagnóstico situacional inerente ao território/região; 3) construção de uma situação desejada para os serviços de atenção primária, os outros níveis de atenção e os serviços de apoio; 4) criação de sistemas logísticos de suporte; e 5) criação de sistemas de regulação e governança para o funcionamento da rede. (SILVA, 2011, p. 87).

Segundo ele, essa rede de atenção básica pressupõe a existência de serviços dispersos no território. Tais serviços devem ser em “quantidade suficiente, acesso fácil e de qualidade

para o atendimento das necessidades assistenciais e para a prevenção de agravos e a promoção da saúde” (SILVA, 2011, p. 93). A atenção básica deve ser ordenadora da rede, sendo as equipes de atenção básica e saúde da família estratégias para propiciar a construção de vínculos, com vistas à resolubilidade no primeiro nível de cuidados.

Destaca-se que, nesse modelo, como uma de suas principais frentes de ação, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com Escorel e outros (2007),

o modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos [...] A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (SCOREL et al, 2007, p. 165).

Esse modelo implantado no Brasil em 1994 é uma política nacional de atenção básica que visa organizar e substituir o modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. A Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, define que: “A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006).

A atenção primária é composta, então, por Unidades Básicas de Saúde, que podem trabalhar com dois modelos de atenção: o de ESF, como já citado, e o modelo tradicional. No primeiro, o trabalho é desenvolvido por equipes que são compostas por: médicos de família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que respondem pelas famílias de um território delimitado. No segundo modelo, que vem sendo substituído pela ESF, o trabalho é desenvolvido por vários profissionais, sendo: médico generalista, pediatra, ginecologista, obstetra, assistentes sociais, enfermeiros, dentistas e, diferentemente da ESF, o atendimento da população se dá por demanda espontânea. Mas ambos constituem a porta de entrada do SUS, articulando-se com os serviços secundários e terciários (CONASS, 2011).

O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Com o surgimento do SUS, aumentam as melhorias no campo da saúde mental; porém, há ainda obstáculos a serem enfrentados, sendo o maior deles, de acordo com Chiaverini

e outros (2011), a falta de preparo dos profissionais da atenção básica para atender os portadores de transtornos mentais.

O matriciamento, ou apoio matricial em saúde mental, surge então, segundo Dimenstein e outros (2009), a partir da constatação que a reforma psiquiátrica não poderá avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo.

Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária. Entretanto, sabemos que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos. (DIMENSTEIN et al, 2009, p. 66).

Essa nova proposta de produzir saúde foi formulada por Gastão Wagner Campos, em 1999. O matriciamento em saúde mental constitui-se num processo de construção compartilhada com uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica, visando romper com a forma tradicional nos sistemas de saúde. De acordo com Chiaverini e outros (2011), nessa forma tradicional, os atendimentos são realizados numa lógica hierárquica, ou seja, há uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhá-lo. Para os autores, essa forma de organização, que eles chamam de vertical, é pouco dinâmica e burocrática e ocorre muitas vezes de forma irregular e precária, “geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrareferência que não oferecem uma boa resolubilidade” (CHIAVERINI et al, 2011, p. 13).

Já, por sua vez, o matriciamento em saúde mental, de acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental, no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental em 2003, se constituiu em:

um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com as equipes de saúde local (no caso as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de coresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (BRASIL, 2003. p. 4).

Esse arranjo organizacional, ainda de acordo com Chiaverini e outros (2011), é uma forma de trazer as ações para um nível horizontal, ou seja, a responsabilidade pelos casos não será dirigida somente à determinada função. O matriciamento oferecerá suporte aos profissio-

nais, para haver essa mudança nas ações. Essa horizontalização decorrente do processo de matriciamento se reestruturará em dois tipos de equipes: a equipe de referência, constituída pelos profissionais da UBS ou ESF, de diversas especialidades, e a outra, a equipe de apoio matricial, constituída por profissionais matriciadores em saúde mental na APS, sendo eles: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros da saúde mental. Portanto, segundo os autores,

o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento. Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes. (CHIAVERINI et al, 2011. p. 16).

Para os autores, esse olhar diferente significa atender o portador de transtornos mentais em consonância com os princípios do SUS. Segundo eles, um atendimento integral é uma forma de desestigmatizar o louco, que muitas vezes, ao buscar uma UBS, é imediatamente encaminhado a psicólogos e psiquiatras. Ainda de acordo com os autores, os profissionais que não são especializados em saúde mental sentem-se inseguros, em especial auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, pois há, historicamente, uma formação acadêmica deficitária no tratamento de pessoas com morbidades atinentes à saúde mental, e quando existe a formação, ela ocorre predominantemente em ambiente hospitalar e ambulatórios psiquiátricos especializados, sem a apresentação das especificidades do adoecimento psíquico na APS. Consequentemente, tais profissionais acabam tendo contato com pacientes com transtornos mentais graves em períodos de crise, surgindo aí a estigmatização do sofrimento psíquico, e julgam-se incapazes de lidar com o problema, não promovendo a saúde mental de maneira adequada. Essa é uma das barreiras a serem enfrentadas no processo de matriciamento em saúde mental: é preciso dissociar o conceito de saúde mental do conceito exclusivo de doença mental.

É necessário apontar para os profissionais de saúde da família que, ao fazerem atividades de promoção e prevenção à saúde, como grupos de atividades física (caminhada, por exemplo), grupos de artesanato, momentos de confraternização com a comunidade em datas comemorativas, estão promovendo a saúde e, consequentemente, a saúde mental. Ainda nesse sentido, os profissionais que realizam essas atividades coletivas e comunitárias devem ser sensibilizados, ou mesmo acompanhados

em atividade compartilhada de matriciamento, de modo a oferecer espaço de escuta e de acesso da população aos serviços da unidade. Dessa forma, amplia-se o escopo de atenção, propiciando diagnóstico precoce de diversas morbidades, inclusive as relacionadas ao transtorno mental (prevenção secundária). (CHIAVERINI et al, 2011. p. 60).

Ainda em relação às dificuldades vivenciadas pelos profissionais da APS no processo de cuidado integral, Chiaverini e outros (2011) destacam: a tendência a dar soluções e conselhos, a expectativa de melhora do quadro do paciente, a dificuldade transferencial e contratransferencial. Segundo eles, quando os profissionais se vêem perante esses fenômenos e não se sentem seguros para manejá-los, acabam por abandonar os cuidados necessários, por não compreenderem os sentimentos envolvidos na relação. Os conceitos de transferência e contratransferência a que referem os autores são os fenômenos mentais universais, instrumentos do processo terapêutico na psicanálise, ou seja, dizendo de maneira sintetizada, a transferência significa o conjunto de emoções e sentimentos vividos pelo paciente na relação com o profissional e a contratransferência significa as reações inconscientes do profissional em relação ao paciente. Para os autores, ainda que não haja na APS a proposta de se fazer um tratamento psicanalítico, conhecer os fenômenos mentais presentes em qualquer relação humana ajuda a ampliar a capacidade do profissional para entender e manejar certos sentimentos e emoções que podem surgir nos encontros com as famílias e os pacientes.

A inserção do psicólogo no SUS

O surgimento do SUS abriu portas para a criação de novas políticas públicas, como por exemplo, a ESF. Para atender a essa demanda, diversos profissionais foram inseridos em programas de promoção à saúde e entre eles o psicólogo.

A aprovação da Lei nº 4.119, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão do psicólogo, ocorreu em 1962, ou seja, antes da Constituição Federal acima citada (BRASIL, 1962). Contudo, a participação do psicólogo no sistema público de saúde deu-se de forma gradativa. Segundo Menegon e Coelho (2007), a trajetória de inserção passou por três grandes períodos: a inserção incipiente, que vai de 1955 a 1984; o período de transição dessa inserção, que vai de 1985 a 1984; e a inserção plena da psicologia no SUS, que vai de 1995 a 2006. Essa divisão foi realizada através de pesquisas e levantamentos que as autoras fizeram de produções bibliográficas relacionadas à inter-relação entre psicologia e saúde de 1955 a 2006. A pesquisa teve como intuito demarcar o processo de inserção da psicologia no serviço público de saúde, guiando-se por temas-foco identificados nas produções

de periódicos brasileiros, indexados nas bases de dados BVS-PSI e LILACS. Foram analisadas 1347 referências bibliográficas que incluem 993 artigos e 354 livros, produzidos em sua maioria por psicólogos. Após agrupamentos e seleções, chegaram a 82 temas-foco, ou seja, temas que expressam um conjunto de saberes e fazeres da psicologia na saúde. Para as autoras, tais produções não existem no vazio; há todo um contexto sócio-histórico para a criação dos mesmos e, partindo desse pressuposto é que os situaram ao longo do tempo e seus repertórios linguísticos que remetem a determinadas matizes, como conceitos, teorias, práticas, etc. Em suma, observaram que, nos anos que vão de 1955 a 1984, que elas denominam de inserção incipiente da psicologia no serviço de saúde pública, as referências bibliográficas revelam que havia, mesmo que de maneira sutil, uma relação da psicologia com a saúde, antes mesmo da regulamentação da profissão, que só ocorreu em 1962, como já citado anteriormente. Segundo elas, a matriz histórica da primeira inserção da psicologia no sistema público remonta ao período higienista, ou seja, na transição do século XIX para o XX. No Brasil, em particular, a inserção deu-se concomitantemente à construção do campo da Psicologia da Saúde, a partir de 1980. A psicologia hospitalar foi considerada uma porta de inserção da psicologia na saúde, segundo a produção bibliográfica desse período. Nessa época, já havia, também, produções sobre as diferentes esferas do cuidado, incluindo a atenção primária. Porém, ainda eram dominantes temas relacionados às áreas mais clássicas da psicologia, como prática clínica, prática profissional, formação profissional e técnicas de exame psicológico e, embora as poucas produções que tinham como tema-foco a saúde mental se contrapunham à lógica patologizante e excludente da noção de doença mental, mantinham a cisão entre saúde física e saúde mental.

No segundo período considerado, que elas demarcam como transição da inserção da psicologia na saúde pública que vai de 1985 a 1994, há já um aumento da produção sobre o processo saúde/doença. O período é chamado de transição, porque é o momento em que ampliam as contratações de psicólogos para atuarem nos serviços públicos de saúde, principalmente após a criação do SUS, em 1988; mas a ênfase dessa prática ainda estava atrelada à atenção secundária. Os temas-foco ainda mantêm-se em destaque os temas citados na primeira fase, porém, com posições alteradas, sendo que a prática clínica já não ocupa mais o primeiro lugar e o tema-foco “processo saúde/doença” ganha mais produções. “As referências analisadas mostram que nesse período de transição, em termos teóricos, buscou-se ir além dos limites da interdisciplinaridade, ao incluir o saber leigo de usuários dos serviços, na compreensão do processo de adoecimento” (MENEGON; COELHO, 2007, p. 188).

As autoras analisam ainda que, um tema-foco que emerge com maior força nesse período de transição e aparecia de maneira incipiente no primeiro é o “Trabalho/Saúde e doença”. As produções apresentam a conexão entre saúde e trabalho, buscando a inserção de programas para a saúde do trabalhador. E é dobrado, também nesse período, o número de publicações referentes à Saúde Mental.

De acordo com Menegon e Coelho, já se referindo ao terceiro período,

O período que denominamos de inserção plena da psicologia no SUS, tem como fundamento a busca do diálogo entre diferentes esferas do conhecimento, propiciando que a Psicologia Clínica não se limite aos consultórios; que a Psicologia Social, em diálogo com outras áreas da Psicologia e com outros domínios do saber, busque formas de atuação voltadas às necessidades sociais e históricas brasileiras, seja centrando-se na prevenção de doenças e na promoção da saúde, seja focando a saúde do trabalhador, entrelaçando-se aí com práticas e saberes da Psicologia Organizacional e do Trabalho. (MENEGON; COELHO, 2007, p. 190).

Os temas-foco desse período, como analisam as autoras, crescem de maneira significativa no que se refere à saúde. E, embora, os temas “prática profissional”, “formação profissional” e “prática clínica” se mantenham ainda nas primeiras posições, as produções bibliográficas refletem que o destaque, principalmente depois da década de 1980, está em pensar formas de melhorias e busca de novos caminhos para a organização dos serviços no campo da saúde. Como outra importante interface com a Psicologia da Saúde, tem-se a Saúde do Trabalhador e aí já relacionando questões preventivas da saúde mental no contexto de trabalho e a atuação do psicólogo clínico no nível de atenção primária em saúde pública. Ou seja, nesse período, além da inserção plena do psicólogo no SUS, há também uma preocupação na articulação da atenção primária com outros serviços de saúde mental.

Contudo, afirmam as autoras, existem ainda, nesse período, muitos desafios da psicologia no sistema público de saúde. Apesar dos avanços, percebe-se, pelas próprias produções, que, embora incluam o conceito de interdisciplinariedade, integrando-se à matriz de conceitos que propiciam uma visão ampliada de saúde e doença, há ainda uma restrição à esfera hospitalar que contrapõe a problematização do modelo biomédico curativo e a luta antimanicomial.

O matriciamento em saúde mental surge neste contexto. Trata-se de um modelo formulado com intuito de contribuir com o rompimento desse modelo biomédico curativo, integrando a atenção primária na desinstitucionalização do louco (CHIAVERINI et al, 2011).

O psicólogo na atenção primária de saúde e seu papel no desenvolvimento de ações de matriciamento

As possibilidades de atuação do psicólogo sempre foram muito amplas no campo da saúde, mesmo que antes da criação do SUS tivesse papel secundário em hospitais e na atenção ambulatorial, que se caracterizava como um serviço de especialidades ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e atendia apenas trabalhadores celetistas. Nessa mesma época, houve uma proliferação de hospitais psiquiátricos e um aumento na população de internos; porém, não havia aumento de profissionais universitários para atender a essa demanda.

A partir de 1980, com a criação do SUS, tem-se um aumento significativo de psicólogos atuando no Sistema e nos mais diferentes serviços: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência, Cooperativa e Cultura; Ambulatórios de Saúde Mental; em Hospitais-Dia; Centros de Reabilitação Física; Centros de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST); Centros de Apoio e Orientação sobre DST/ AIDS; Equipes de Atenção a Presidiários; Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos. Também há a inserção desse profissional nos serviços internos ao SUS, como: Centros de Formação e Educação do Trabalhador de Saúde, apoio técnico aos programas da mulher, idoso, criança e adolescente, saúde mental, serviços de epidemiologia, de hemoterapia, de práticas alternativas em saúde mental, entre outros de acordo com a organização da gestão local e também nas UBS (CAMPOS; GUARIDO, 2007).

De acordo com Campos e Guarido (2007), o novo cenário da saúde, precisamente a partir da década de 1990, que foi caracterizada pela afirmação da saúde como direito de todo cidadão, trouxe, então, alterações no perfil de trabalho exigido do psicólogo, principalmente com a criação da ESF. Segundo os autores, o modelo, até então transmitido na sua formação pautado na forma clínica privada, individual, é obrigado a adaptar-se nesse contexto: o profissional irá trabalhar diretamente onde seu cliente vive, o que segundo os autores, é um obstáculo para o psicólogo.

O que fazer no território dos conflitos, onde as crises acontecem e onde as pessoas se inserem para trabalhar, morar e se divertir? Como trabalhar e ouvir o sujeito inserido e não mais apartado da realidade social sócio-familiar, isolado em um consultório com sua verdade única? (CAMPOS; GUARIDO, 2007, p. 83).

Para Bernardes (2007), esse “não saber o que fazer” pode ser compreendido através da formação deficitária para atuação no sistema público e também a partir dos motivos que le-

vam os profissionais a ingressarem no campo. De acordo com o autor, em grande medida, um dos motivos é a falta de mercado autônomo centrado no modelo clínico:

Em função do empobrecimento das camadas médias da sociedade brasileira, o mercado de trabalho do(a) psicólogo(a), visto como profissional liberal começa a se fechar. De acordo com pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, no ano de 2000, junto aos psicólogos (as) do país, o número de profissionais com a condição de assalariado começa a se ampliar. (BERNARDES, 2007, p. 107).

Em pesquisas realizadas sobre a inserção de psicólogos e psicólogas no SUS, Spink e outros (2007) revelam a falta de identificação dos psicólogos entrevistados que trabalham no SUS com o campo de atuação. Quando questionados sobre os motivos que os levaram a ingressar no SUS, pouco mais de 27, 49% dos psicólogos entrevistados identificam-se, de alguma forma, com a área da Saúde Pública. Em contraste, quanto aos demais, suas respostas variam entre questões relacionadas à carreira ou à inserção laboral (39, 09%); falta de horizontes em outras perspectivas (14, 45%); ou trajetórias pessoais e convites realizados para ingresso no SUS (12, 32%).

Para Bernardes (2007), outro motivo para a falta de mercado de trabalho para o psicólogo autônomo é o crescimento ano a ano do número de profissionais formados pelos cursos de psicologia. São muitos os formados com o intuito de trabalhar de forma autônoma que não se realizam profissionalmente e, a partir daí, mudam de foco prestando concursos e passando a trabalhar dentro dos serviços públicos de saúde. Sobre esse fenômeno, destaca o autor: “É necessário, portanto, a reorientação da formação (ao menos parte dela) para o setor público, além do direcionamento aos movimentos populares. Mas, a estrutura de formação dos cursos de Psicologia não é preparada para tal mudança de foco” (BERNARDES, 2007, p. 108).

Ainda de acordo com o autor, Bock, em 1984, já identificava essa questão:

O mercado de trabalho atual precisa de gente que entenda de Saúde Pública, Saúde Mental, e a Universidade está formando profissionais liberais. A desqualificação existe pelo nível de ensino, mas é fundamentalmente uma desqualificação porque o tipo de profissional que está saindo das escolas não é aquele que o mercado precisa. (BOCK apud BERNARDES, 2007, p. 108).

Ainda em relação à desqualificação do psicólogo para o trabalho no SUS, Archanjo e Schraiber (2002) discorrem sobre uma pesquisa realizada com 17 psicólogos de dez UBS's em São Paulo. A pesquisa mostra a dificuldade dos profissionais em saber qual o seu papel nas Unidades. Os depoimentos dos psicólogos entrevistados formados entre 1973 e 1987 revelam também que, mais uma vez, o desejo de atuar no serviço público de saúde está ligado

diretamente à oportunidade de trabalho estável, já que o atendimento clínico liberal não oferece essa mesma estabilidade. Contudo, pontuam as autoras, essa forma de pensar dos psicólogos atuantes nas UBS's cria pontos de tensão, já que, em relação à prática, muito há o que se fazer no serviço, que não se restringe apenas a atendimentos individualizados e são muitos os obstáculos a serem enfrentados:

Se algo precisa ser definido de atuação do psicólogo em UBS é a expectativa entre o que o profissional espera fazer, o que ele realmente faz ou lhe é exigido que se faça, e o que é proposto para esse tipo de serviço. Segundo algumas participantes, os primeiros psicólogos que começaram a trabalhar em UBS tinham como função ações preventivas, educativas e de promoção à saúde mental realizadas na/com a comunidade. Ao mesmo tempo, a UBS foi planejada para integrar ações clínico-sanitárias, portanto, que também visavam ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento do usuário enfermo. Por isso, há uma constante tensão entre curativo e preventivo. Apesar de se reconhecer que a UBS é espaço para se realizar os dois tipos de intervenção, há sempre a reclamação de que a demanda de doença é muito maior do que a de saúde; inclusive, ações preventivas e de promoção foram colocadas por algumas entrevistadas como não sendo valorizadas e a exigência é para que atenda o maior número de pessoas possível, o que causa desconforto no profissional, que precisa lidar com exigências políticas e com as de órgãos fiscalizadores de conduta, os quais nem sempre encontram um consenso. (ARCHANJO; SCHRAIBER, 2002, p. 358).

Outro ponto importante que segue também como confuso na prática do psicólogo na saúde pública, segundo Bernardes (2007), é a abordagem que se utiliza. Segundo o autor, são muitas vezes abordagens conflitantes entre si. Na pesquisa realizada pelo autor, já citada em outro momento, muitos profissionais fazem uso de mais de uma abordagem em seus atendimentos, como se escolher apenas uma não fosse o suficiente para atender à demanda da UBS.

O autor argumenta que essa dificuldade em relação à escolha de abordagens teóricas, entre elas, as teorias psicanalítica, comportamental, sistêmica e fenomenológica, está na própria exigência do trabalho em UBS. Exige-se que o profissional seja generalista, ou seja, atenda desde crianças a idosos. O psicólogo entende que, para atender a essa demanda, necessita utilizar um pouco de cada abordagem. Com isso, corre-se o risco de produzir uma psicologia para o SUS diferente da psicologia em outros espaços, em que o que se sobressai “não são as especificidades da atuação profissional naquele contexto, mas um serviço considerado de segunda linha” (BERNARDES, 2007, p. 122).

Contudo, o trabalho do psicólogo é de suma importância na APS, na articulação com os serviços secundários de Saúde Mental, na luta antimanicomial, justamente por possuir conhecimentos específicos nessa área e poder contribuir fornecendo apoio à equipe da Unidade, que muitas vezes não sabe como agir diante do portador de sofrimento mental. Para Ronzani e Rodrigues (2006), não se pode fazer uma psicologia diferente para o SUS, mas é preciso tam-

bém que a psicologia como disciplina relevante nas questões de saúde reformule suas ações tradicionais, pois a prática profissional pautada por questões teórico- práticas com predominância da psicologia clínica leva a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou uma “psicologização” desse fenômeno, o que faz com que a psicologia não seja reconhecida como uma disciplina de relevância social, como uma importante área de conhecimento para a promoção da saúde coletiva.

Além das ações de promoção à saúde na APS, o psicólogo poderá atuar como matriciador em saúde mental, o que não deixa de ser também uma forma de promover a saúde, já que o mesmo irá oferecer apoio à equipe de referência ofertando aos profissionais todo seu conhecimento adquirido.

Não significa que o parceiro de equipe vai reproduzir a formação acadêmica adquirida pelo psicólogo, mas, com esse conhecimento, precioso, o outro pode dar conta de melhorar sua relação com o usuário, conseguir melhor, potencializar suas ações. E o psicólogo também vai receber conhecimentos dos colegas de outra área. (BERNARDES, 2007, p. 94).

Como já referido em outro momento, os profissionais das equipes de referência das UBS's sentem dificuldades em atender usuários que possuam sofrimento mental e os mesmos falam da necessidade de um psicólogo para auxiliá-los. Por isso, o psicólogo deve ter bem definido seu papel no desenvolvimento de ações para auxiliar a equipe. Mas, como é uma proposta nova no SUS, o desafio é grande e é preciso que o próprio psicólogo esteja capacitado a oferecer tal suporte e esclarecer aos profissionais qual é sua função na equipe de matriciamento. Para isso, é preciso que haja uma capacitação desse profissional já desde a sua formação. Segundo Dimenstein e Macedo (2012), algumas experiências têm provocado mudanças significativas relativas à formação em saúde. Nesse âmbito,

Destacam-se as residências multiprofissionais e os Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde ou Saúde Mental (PET-Saúde/MS e MEC). Parte do processo de Educação Permanente em Saúde/EPS, as residências multiprofissionais, que têm o caráter de formação pós-graduada, emergem como cenário de inspiração para formar profissionais com capacidade de desenvolver práticas convergentes com as diretrizes do SUS. As residências tomam os serviços e as equipes como espaços privilegiados de formação, de campos de atuação vivencial e de atualização contínua para seus profissionais, possibilitando o aprendizado coletivo no trabalho, mais próximo da realidade a ser considerada no planejamento e na atenção em saúde. (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012, p. 241)

Assim, forma-se um profissional capaz de trabalhar o singular e o coletivo em saúde. É importante o psicólogo matriciador conhecer toda história do SUS e como surgiu a articula-

ção da atenção primária com os serviços substitutivos em saúde mental, pois ao entender o funcionamento dessa lógica, poderá oferecer às equipes de saúde a educação permanente proposta pelo modelo matricial. O psicólogo que compõe a equipe de matriciamento terá como papel, desenvolver todas as funções mencionadas na segunda seção, ou seja, oferecer apoio à equipe de referência; trabalhar a educação continuada para que os profissionais estejam sempre capacitados, usar dos instrumentos: interconsulta, visita domiciliar, genograma, traçar junto à equipe planos terapêuticos etc. Tais ações são fundamentais na relação matriciador e matriciados, já que o mesmo é um especialista em saúde mental.

Nesse espectro, a articulação é descrita a partir de experiências focais, onde as experiências descritas nascem de iniciativas pessoais dos profissionais da ponta e que, a partir da demanda da população, tratam das necessidades clínicas e circunstanciais. (DELGADO et al, 2013, p. 71).

Além de conhecer a lógica de funcionamento do SUS e oferecer à equipe de referência educação permanente no tocante à saúde mental, Dimenstein e Macedo (2012) ressaltam alguns aspectos necessários para a atuação do psicólogo matriciador, no intuito de produzir interferências na lógica assistencial que impede de dispor de uma rede de atenção primária com ampla cobertura e com eficácia adequada em termos de saúde mental. Tais aspectos são um conjunto de ações e atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi criado em 2011 com o intuito de incentivar financeiramente as equipes de saúde que oferecem melhorias na qualidade do atendimento. Quanto melhor o desempenho, mais incentivos financeiros é repassado às equipes (BRASIL, 2012).

Entre os aspectos ressaltados por Dienstein e Macedo (2012) para uma atuação apropriada do psicólogo no apoio matricial na atenção primária está: conhecer a área de abrangência da unidade de saúde considerada; segunda as autoras, o psicólogo deve ser capaz de fazer observações quanto à história do lugar, os aspectos geofísicos, situar os fatores ambientais de risco ou vulnerabilidade, considerando aspectos estruturais, como rede de esgoto, energia, água, coleta de lixo, tipo de moradia, transporte, população, escolas, creches, demais equipamentos de saúde e de assistência social, equipamentos de lazer e igrejas.

Outro aspecto é o sociopolítico, para ter conhecimento de lideranças, grupos organizados etc. E, por estar inserido no local onde vivem os usuários que buscam atendimento, é preciso conhecer os principais problemas e necessidades de saúde da comunidade, com base no seu perfil epidemiológico, bem como a forma como se dá o acesso aos serviços e programas

de saúde e/ou benefícios sociais, aos medicamentos, às práticas de cuidados desenvolvidas pelos profissionais de saúde e as práticas integrativas, como o uso de fitoterápicos, rezadeiras, práticas de atividades físicas;

o profissional deve realizar atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da Unidade Básica de Saúde e nas visitas domiciliares, bem como outras estratégias de cuidado baseado na compreensão aprofundada dos fenômenos psicológicos e psicossociais que envolvem processos de saúde e de produção da vida em contextos comunitários. (DIEMENSTEIN; MACEDO, 2012, p. 242).

Ou seja, antes de participar de consultas conjuntas, fazer discussão de casos e oferecer apoio às equipes de referência, é preciso que o psicólogo realize um diagnóstico situacional da população da área de abrangência. Ainda de acordo com os autores, o diagnóstico permitirá uma maior aproximação da realidade local e, para ser realizado, deve-se ter um processo de discussão e de negociação com os profissionais do serviço de saúde e com a comunidade. Nessa discussão serão levantados os problemas prioritários; em seguida, poderão ser pensadas estratégias de intervenção participativas, onde será realizado o planejamento da estratégia pensada e resultados alcançados. Tal estratégia pode ser um instrumento de estabelecimento de vínculo com as famílias e comunidade, bem como reconhecimento das potencialidades das famílias. Além disso, é necessário utilizar diversas ferramentas para o desenvolvimento do trabalho, dentre as quais se destacam a entrevista diagnóstica,

de modo a subsidiar os estudos de casos e a elaboração de projeto terapêutico singular com base nas necessidades sociais e em saúde, as ações de acolhimento individual e coletivo, o acompanhamento de casos na perspectiva da gestão do cuidado, a orientação psicossocial, o acompanhamento terapêutico e a busca ativa em saúde mental, a visita domiciliar e o uso de ferramentas como o genograma e o ecomapa ; é prioritário o desenvolvimento de atividades de apoio matricial e de articulação com a rede, fortalecendo ações de saúde mental na atenção primária. (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012, p. 243).

Para os autores, o diagnóstico, bem como as demais estratégias de intervenção individual e coletiva citadas, são as principais ferramentas utilizadas na gestão da clínica pelo apoio matricial.

Assim sendo, o papel do psicólogo no desenvolvimento de ações de matriciamento na APS envolvendo serviços de saúde mental será o de se reinventar práticas psi, o que não significa, de acordo com Huning e Guareschi (2009), inventar outros métodos de intervenção. É oferecer todo o seu conhecimento adquirido como apoio aos demais profissionais que se sentem inseguros em lidar com o portador de sofrimento mental e em que nada contribui com o

processo de desinstitucionalização. É propiciar a articulação da atenção primária com os serviços substitutivos, dissipando a dicotomia saúde/saúde mental e a estigmatização do portador de sofrimento mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora atualmente possamos considerar que no Brasil a saúde se organize na lógica de um sistema único, isso nem sempre se configurou dessa forma. Antes do século XIX, não havia nem mesmo uma relação entre saúde e sociedade e, somente no século XX, com as cidades brasileiras à mercê das epidemias e sem um modelo sanitário é que os governos republicanos elaboram planos de combate às enfermidades. Então, na década de 1950, prevalecia o modelo sanitarista e o intuito era garantir exportações agrícolas, já que houve uma diminuição do comércio exterior por conta dos navios que não queriam mais atracar nos portos do país. Ainda antes da consolidação do SUS, a partir da década de 60, a economia migra do pólo rural para o industrial, surgindo a necessidade de um atendimento médico previdenciário. Na década de 70 esse modelo assistencial privatista é financiado pela Previdência Social e implantado pela ditadura militar e o atendimento à saúde prestado à população estava condicionado à contribuição dos trabalhadores ao sistema previdenciário brasileiro; ou seja, os não contribuintes que precisassem de atendimento médico não tinham direito nenhum. Nessa época, os brasileiros se dividiam em três categorias em relação à assistência à saúde: os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS e os que não tinham direito algum. Esse modelo trouxe graves consequências sociais, pois houve uma diminuição do crescimento econômico e com isso, desemprego, aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil.

Decorrentes das insatisfações com essa situação, os movimentos sociais que se expandiram a partir dessa década foram fundamentais à Reforma Sanitária e à formulação de propostas que atendessem os excluídos. Um dos principais momentos na luta pela universalização da saúde no Brasil foi a VIII Conferência de Saúde, ocorrida em 1986; a partir dela, começa-se uma reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, resultando na criação do SUS.

O SUS foi criado com o intuito de prestar atendimento à saúde, como direito de todos e dever do Estado, sustentado pelos princípios de integralidade, universalidade e equidade. Ao longo dos anos esse sistema passou por modificações, com reorganização dos serviços, priorizando a sua articulação em rede. Como destaque desse modelo, no qual os serviços são integrados com a finalidade de melhorar a eficiência e racionalidade dos mesmos, tem-se a rede

de atenção básica com as equipes de saúde da família, que visa propiciar a construção de vínculos com os usuários, com vistas à resolubilidade no primeiro nível de cuidados. Essa estratégia é a porta de entrada do SUS e deve se articular com os outros níveis de atenção à saúde.

Tal articulação mostra-se como importante e necessária no processo de desinstitucionalização do louco. Como visto, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da Reforma Sanitária; porém, possuindo história própria, ainda enfrenta muitos obstáculos, apesar do que já foi conquistado através, mais uma vez, dos movimentos sociais. Com o intuito de melhorar a articulação dos serviços substitutivos em saúde mental com a atenção primária, visto que acontece muitas vezes de maneira precária, é criado o matriciamento em saúde mental ou apoio matricial.

Esse modelo de produzir saúde que rompe com a lógica verticalizada é novo e não está muito claro para as equipes de referência. Apesar disso, pesquisas realizadas com estes profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e ACS) mostram que eles sentem a necessidade de um psicólogo nas unidades básicas; porém, o que se observa é que cada vez mais tem aumentado o número de psicólogos na atenção primária, mas com uma formação deficitária no campo das políticas públicas, não conseguindo esse profissional adequar os seus conhecimentos adquiridos na universidade com a lógica do SUS na prática, mesmo sendo o apoio matricial em saúde mental mais um campo que se abre para a psicologia, onde o psicólogo muito tem a oferecer.

Por fim, cabe ressaltar que no decorrer desse trabalho algumas dificuldades foram encontradas; uma das que se destacam diz respeito ao referencial teórico obre qual seria o papel do psicólogo dentro desse modelo que visa fornecer aos profissionais da atenção primária suporte técnico pedagógico. As poucas referências encontradas que abordam o assunto revelam que, durante o processo de formação, o psicólogo tem pouco interesse pela área, levando-nos a uma nova reflexão: Se as pesquisas mostram o crescimento de psicólogos trabalhando nas unidades de atenção primária, por quê, ao mesmo tempo, revelam esse desinteresse ao longo de sua formação?

O estudo evidenciou as dificuldades de implantação do modelo de apoio matricial nas UBS's, mas mostrou também que pode ser uma ferramenta de potencial desenvolvimento de ações que contribuam na promoção de saúde e principalmente na reinserção do portador de sofrimento mental no contexto da comunidade; e aqui o psicólogo muito tem a oferecer. Portanto, é necessária uma formação adequada desse profissional, voltada para as políticas públicas e para esse novo modo de produzir saúde, a fim de trazer resultados satisfatórios no cuidado prestado aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; SANTOS, Lenir. SILVA, Silvio Fernandes (Orgs.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2. Ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

ARCHANJO, Auryana Maria; SCHRAIBER, Lilia Blima . A Atuação dos Psicólogos em Unidades Básicas de Saúde na Cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p. 351-363, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a09v21n2.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.

BERNARDES, Jefferson de Souza. (2007). A psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica**, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 out. 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **DOU**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 29 out. 2014.

BRASIL. Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. **DOU**. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=113975>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento correspondentes e das outras providências. **DOU**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 29 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica, o vínculo e o diálogo necessários na inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

BRASIL. Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006 - 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). **DOU**.

BRASIL. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php>. Acesso em: 29 out. 2014.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga; GUARIDO, Elza Lauretti. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, Mary Jane Paris. **A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CHIAVERINI, D.H. et al (Orgs.). **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; FORTES, Sandra; ATHIÉ, Karen. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, 2013 Jan-Mar; 8(26):64-74.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, 1998, (3)1, 53-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2014.

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, v.32 n.spe. Brasília 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500017>. Acesso em: 29 out. 2015.

DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, Ana Kalliny; BRITO, Monique; PIMENTA, Ana Lícia; MEDEIROS, Vanessa; BEZERRA, Edilane. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

ESCOREL, Sarah ; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de, SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, 21(2), 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.

HUNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. F. Efeito Foucault: desacomodar a psicologia. In: HUNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. F. (Orgs.). **Foucault e a psicologia**, 2009, p. 159-182. Porto Alegre: EDIPUCRS.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENEGON, Vera Sonia Mincoff; COELHO, Ângela Elizabeth Lapa. Psicologia e sua inserção no sistema público de saúde: um painel longitudinal de temas-foco publicados em periódicos brasileiros. In: SPINK, Mary Jane Paris. **A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

RONZANI, Telmo Mota; RODRIGUES, Consenza Rodrigues. O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2006, 26 (1), 132-143

SILVA, Silvio Fernandes.; SILVA, Silvio Fernandes (Orgs.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2. Ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SPINK, Mary Jane Paris ; BERNARDES, Jefferson de Souza; SANTOS; GAMBA, Estevão André Cabestré. A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In: **A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde** – Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferência Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 29 out. 2014.