

Anais XVII Semana de Psicologia da UEM e IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM

Saúde mental: as dimensões políticas da Psicologia – 24 a 27 de outubro de 2016

Universidade Estadual de Maringá ISSN 2358-7369

TENSÕES E POSSIBILIDADES DA PSICOLOGIA A SERVIÇO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Lorena Vechiatto, (Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil).

Contato: lorena_vechiatto@hotmail.com

RESUMO

Para se pensar sobre tensões e possibilidades que permeiam a atuação do psicólogo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, dando enfoque para o campo da Atenção Básica de Saúde, faz necessário debruçarmos, primeiramente, nos fatos históricos que estiveram ligados as lutas sociais em busca da construção de um sistema de saúde pautado nas diretrizes atuais: descentralização, universalidade, equidade e integralidade. Além disso, faz-se importante comentar sobre a Política Nacional de Humanização, que visou estabelecer princípios norteadores de co-responsabilização e de troca de saberes entre os funcionários e os usuários, entre os funcionários e seus gestores, entre os funcionários e outros serviços da rede e, também, entre os próprios funcionários. Outro ponto importante abordado por esse trabalho é a proposta de clínica ampliada, que busca criticar e ir além do modelo de clínica tradicional proposto no início da psicologia. Após a explanação desses itens será abordado a importância da função apoio, principalmente, fazendo referência ao apoio matricial, que visa diminuir o trabalho e atendimento fragmentado e especializado em prol de um cuidado integrado e compartilhado. Para que esse tipo de apoio se consolide é necessário que Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) exerçam seus papéis que são desde apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família como, também, promover formação permanente dos profissionais da equipe e co-responsabilizar tanto funcionários como usuários. Assim, será possível pensar em como a atuação dos psicólogos está permeada por muitas tensões como, por exemplo, a sua formação deficitária, mas, também, faz-se possível pensar em possibilidades de uma atuação mais reflexiva, humanizada e contextualizada.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Saúde pública. Atenção básica.

INTRODUÇÃO

Este texto tem por objetivo discutir as relações que se estabelecem entre a psicologia e o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente com o nível de Atenção Básica (AB). Para tanto, serão explanados alguns acontecimentos históricos relevantes para a construção desse sistema, posteriormente serão apresentados os princípios do SUS, as propostas da Política Nacional de Humanização (PNH), da clínica ampliada e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Por fim, buscar-se-á discutir como o psicólogo está implicado nesse contexto que se apresenta tanto permeado por muitas tensões, mas também por possibilidades.

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

METODOLOGIA

Segundo Gil (2007, p. 41), a pesquisa exploratória busca “[...] proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. [...]”. Portanto, por meio desse tipo de pesquisa é possível que ideias sejam aprimoradas. Para isso, fez-se necessário a leitura de alguns artigos, cartilhas do governo e documentos, sobre a reforma na atenção à saúde mental, realizando, assim, uma análise mais profunda de cada informação levantada “[...] para descobrir possíveis incoerências ou contradições [...]” (GIL, 2007, p. 45).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo da história, tem-se observado mudanças, no Brasil, no que diz respeito à atenção à saúde. As primeiras ações em saúde pública foram realizadas com a vinda da família real para o Brasil, que se deu em 1808. Nesse período o interesse pela saúde era político e econômico, ou seja, era motivado pela preocupação em garantir a riqueza do Estado (BAPTISTA, 2007). Em 1903 Oswaldo Cruz implementou a reforma na saúde, que incluía, dentre outros aspectos, a desinfecção e a vacinação obrigatória. Porém, a natureza autoritária de tais práticas conduziu, em 1904, à Revolta da Vacina (BAPTISTA, 2007; PAIM et al., 2011). Apesar do caráter autoritário dessas atividades, Baptista (2007) ressalta que nesse período foi possível avançar no conhecimento e controle de várias doenças.

Durante o governo Vargas, assim como no governo dos militares, o sistema de proteção social se expandiu. Entretanto, havia fragmentação e desigualdade na proteção social, de modo que o sistema de saúde era composto por um Ministério da Saúde e pelo sistema de assistência médica da Previdência Social. Assim, apenas aqueles que provavam ter vínculo com a Previdência podiam usufruir dos serviços de saúde. É válido notar também que após o golpe militar, em 1964, houve incentivo para a construção de um sistema de saúde sobretudo privado. Com efeito, o Estado disponibilizava recursos e subsídios para empresas privadas (BAPTISTA, 2007; PAIM et al., 2011).

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

Tais aspectos levaram a uma crise da Previdência Social, impulsionando a reforma no setor de saúde. Diante desse quadro, fortaleceu-se, na década de 1970, o movimento pela reforma sanitária, que foi realizado pela sociedade civil brasileira, com o objetivo de inverter a lógica da assistência à saúde até então existente (BAPTISTA, 2007; PAIM et al., 2011). Esse movimento propunha, dentre outras coisas, que a saúde fosse um direito de todo cidadão e que as ações nesse âmbito deveriam estar integradas em um sistema único (BAPTISTA, 2007). Somado a isso, o movimento sanitário abordava saúde em um sentido mais amplo, destoando de uma concepção puramente biológica, era também abordada como questão social e política (PAIM et al., 2011). As pressões desse movimento foram relevantes para a implementação de algumas políticas públicas (BAPTISTA, 2007).

Outro marco histórico importante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual aprovou a universalização da saúde e estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde. Então, na Assembleia Nacional Constituinte de 1988 o SUS foi aprovado e, depois, implementado em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (PAIM et al., 2011). A partir disso, a saúde passou a ser considerada como um direito de todos e dever do Estado, sendo o Sistema Único de Saúde assegurado por alguns princípios: universalidade, no sentido de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde; equidade que é a garantia de que cada usuário receberá o auxílio necessário de acordo com suas necessidades, tentando de alguma forma diminuir as desigualdades; integralidade, diz respeito à garantia de acesso dos cidadãos a todos os serviços de saúde, sejam de proteção, promoção ou prevenção; descentralização, que refere-se a redistribuir as responsabilidades entre os diferentes níveis do governo, promovendo maior democracia nas decisões sobre saúde; e participação social, que diz respeito à garantia de direito à população em participar da formulação de políticas, principalmente por meio dos conselhos de saúde (BAPTISTA, 2007).

O princípio de descentralização também envolve a diretriz de hierarquização dos serviços do Sistema Único de Saúde. Isso quer dizer que a rede de saúde deve ser organizada em diferentes níveis de complexidade e de acordo com a realidade do local (BAPTISTA, 2007). Seguindo essa definição, as ofertas de serviços de saúde são organizadas em diferentes níveis de atenção: Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária, Média Complexidade e Alta Complexidade. O foco deste trabalho incidirá sobre a Atenção Básica, que está pautada na lógica psicossocial, destoando do modelo biomédico.

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência [SIC] e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (BRASIL, 2006, p. 10)

Nesse sentido, a Atenção Básica oferece serviços abrangentes, com enfoque na promoção de saúde, concebendo saúde como um processo multideterminado. Assim, oferece acesso universal, promovendo uma atenção continuada e abrangente, pautando-se na lógica de uma responsabilidade intersetorial e compartilhada. É válido mencionar que muitos aspectos desse nível de atenção têm, em sua base, a Declaração de Alma-Ata (1978), definida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

Há de se considerar também a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004a), a qual foi criada com o objetivo de garantir o direito de todos à saúde e, também, promover um comprometimento dos profissionais com a ética da saúde e com a defesa da vida. Desse modo, prioriza-se com essa política o atendimento de qualidade (uma associação entre tecnologias, acolhimento, escuta, ambiente de cuidado e condições dignas de trabalho) e a participação integral de todos os atores sociais (gestores, trabalhadores, usuários, familiares e a comunidade). Portanto:

HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Eis a aposta do HumanizaSUS. (BRASIL, 2004b, p. 04)

De acordo com Brasil (2004a), a humanização é uma política de caráter transversal que possui princípios e diretrizes norteadores das relações entre os profissionais e os usuários, entre os próprios profissionais, entre os profissionais e os gestores e entre os profissionais e outros serviços da comunidade. Visa, dessa forma, construir um ambiente de trocas e comprometimento de todos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, pois co-responsabiliza profissionais, usuários e gestores, permite maior autonomia e protagonismo dos sujeitos, estabelece vínculos solidários, estimula a participação coletiva no processo de gestão e melhores condições de trabalho para que os profissionais possam participar como co-gestores. Com seu caráter universal permeia todos os níveis de atenção à saúde, estimulando

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

trocas de saberes entre os diferentes atores sociais e o diálogo entre os profissionais e a equipe.

A humanização implica atitudes: éticas, defesa da vida como centro das ações; estéticas, criação de normas que regem a vida; e políticas, relação do homem com outros homens e do homem com o mundo, o que permite transformar o mundo, as relações sociais e o próprio sujeito. Por isso, fez-se importante a construção da Rede de Humanização em Saúde (RHS), que permite a conexão entre os diferentes atores sociais sempre em busca de trocas de experiências que sustentem cada vez mais a defesa da vida. Assim, torna-se possível considerar as necessidades sociais, os desejos e os interesses desses atores, visando a especificidade e particularidade da história de vida de cada um dos sujeitos, porém, sem desconsiderar que eles também são sujeitos de um coletivo (BRASIL, 2004a).

No que diz respeito às interfaces entre psicologia e Sistema Único de Saúde, tem-se criticado incisivamente posicionamentos que efetuam separações entre clínica e política, ou ainda, entre psicologia individual e psicologia social (BENEVIDES, 2005; MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007). Tais separações vêm acompanhadas de uma despolitização das práticas psicológicas, culminando na dicotomia entre clínica e saúde coletiva e, com efeito, a psicologia se abstém das discussões a respeito do Sistema Único de Saúde. De acordo com Benevides (2005), o capitalismo efetua uma separação entre sujeito e processo de subjetivação. Entretanto, segundo a autora, a experiência clínica se dá no plano coletivo, isso porque é nesse espaço, no encontro com o outro e com as diferentes possibilidades que se dá o processo de constituição do sujeito. É, portanto, a experiência coletiva e pública que gera processos singulares. Por isso, a autora afirma que, se a clínica busca conduzir o sujeito a novos processos de subjetivação, é nesse ponto que a psicologia tem interface com o Sistema Único de Saúde, que é uma política pública. Somado a isso, Benevides (2005) chama a atenção para o princípio de transversalidade, que aposta nas contribuições geradas pelo entrecruzamento de diferentes áreas do saber. Desse modo, a psicologia apolítica, pautada na ideia de clínica individual, aborda um sujeito abstrato e descontextualizado e não traz contribuições.

A ideia de “clínica” psicológica tem, em sua origem, resquícios do modelo médico, o qual observa o doente para depois curar. Embora essa prática psicológica tenha alcançado avanços, buscando pautar-se na escuta e na demanda do paciente, por vezes é possível observar que ainda persiste o individualismo. O surgimento da psicologia esteve atrelado aos

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

interesses da classe dominante e, por isso, a atividade clínica não considerava o contexto social como um todo, ao contrário disso, estava comprometida com a manutenção do individualismo e vinculada a práticas higienistas. Entretanto, as autoras chamam a atenção para a necessidade da psicologia estar engajada em um compromisso social, argumentando que não pode existir o “eu” sem o “outro” (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Assim, diante das diferentes realidades e contextos com os quais a psicologia precisa lidar, é preciso repensar a clínica psicológica tradicional. Por isso, essas autoras afirmam que a clínica psicológica independe do espaço físico em que é realizada, pois ela implica uma postura de escuta e acolhimento por parte do profissional e, mais do que isso, essa ação é sempre um fazer político. Propõe-se como alternativa, portanto, a clínica social, entendida como “[...] a clínica de qualquer lugar, de qualquer público, que insiste em combater a massificação [...] e buscar cada vez mais a invenção na singularidade de cada cliente” (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007, p. 619).

Desse modo, é mais interessante que o cuidado com os usuários se dê com base na proposta de clínica ampliada, pois o foco do cuidado não pode incidir apenas sobre o diagnóstico ou sobre as questões orgânicas, mas, também, e sobretudo, deve-se promover uma investigação dos aspectos singulares do sujeito, da sua história de vida e da sua situação social, buscando engajá-lo no tratamento como co-responsável. Portanto, “[...] clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida.” (BRASIL, 2004b, p. 10). No sentido de que os profissionais de saúde possam estimular e incentivar, junto com os sujeitos, a construção de transformações e novas vivências diante de uma situação que se colocava como limitante.

Conforme Brasil (2004b), a clínica ampliada deve ser permeada por uma postura profissional de escuta, a qual permite que o sujeito explique sua queixa e seu sofrimento sem ser interrompido por um diagnóstico. É no momento de escuta que os profissionais podem auxiliar o usuário a reconstruir os motivos do sofrimento, além de estabelecer relações entre o que o sujeito sente e a sua vida. Assim, pode-se ter uma visão mais ampla do sujeito, não o culpabilizando ou responsabilizando somente o serviço de saúde pelo cuidado. Além disso, a clínica ampliada é permeada por vínculos e afetos, de modo que o profissional possa auxiliar o sujeito a ser mais autônomo e se reinventar perante a doença, ou seja, “[...] a equipe de referência é muito importante porque os fluxos de afeto de cada membro da equipe com o

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

usuário e familiares são diferentes, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente sejam maiores.” (BRASIL, 2004b, p. 14).

Além das equipes de referência, um outro ponto importante para o cuidado da pessoa em sofrimento é a realização da função apoio, a qual aparece em alguns momentos relacionada ao apoio matricial e apoio à gestão, principalmente nas diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Compreende-se por apoio matricial uma organização de gestão do trabalho que diminui o trabalho fragmentado e assegura às equipes e aos profissionais uma forma personalizada e integrativa de lidar com o problema de saúde e, desse modo, possibilita a realização da clínica ampliada. Por sua vez, o apoio à gestão busca eliminar a divisão entre quem planeja e quem executa, colocando os diferentes atores como participantes e responsáveis pela avaliação do trabalho realizado e estimulando um espaço de reflexão sobre o que ocorre na saúde. Além desses tipos de apoio há a ideia de apoio institucional, o qual tem por objetivo colocar em análise os métodos de trabalho da instituição, fomentar o trabalho cooperativo na equipe, incentivar a co-gestão, promover troca de saberes e análise e reflexão do processo de trabalho (MOURA; LUZIO, 2014; CELA; OLIVEIRA, 2015). Compreende-se que a operacionalização do apoio matricial:

[...] permite o aparecimento de faces diversas no exercício do apoio em ato, com alternância dessas faces, em diferentes intensidades, mas de maneira não excludente. Ou seja, o que queremos dizer é que a operacionalização do apoio matricial não exclui a operacionalização do apoio institucional ou do apoio à gestão... Se um dispositivo opera no sentido da implementação da função apoio matricial, por exemplo, outras faces podem ser mobilizadas, em conjunto e simultaneamente, em diferentes intensidades ou ênfases, e vice-versa. (MOURA; LUZIO, 2014, p. 959)

Frente a esses tipos de apoio que vão acontecendo conjuntamente e que vão se atravessando, o NASF vai se configurando como um espaço para o exercício dessas funções de apoio. Portanto, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, criado em 2008, insere-se como uma proposta de ação dentro da Atenção Básica que busca “[...] apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações em saúde.” (MOURA; LUZIO, 2014, p. 963). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família atua dentro das ações interdisciplinares, que são ações de inter-relação entre os saberes em que não há uma especialidade que ensina a outra, mas sim a construção de uma visão ampliada e integral do caso (CELA; OLIVEIRA, 2015). Outras funções que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família se vê envolvido são a promoção de uma

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

educação permanente aos profissionais e a população, a noção de território, a integralidade, a participação popular, chamar a responsabilidade de todos os atores sociais para o caso, romper com a verticalização, a promoção da saúde e a humanização. Portanto, a função apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família está relacionada ao apoio matricial em duas vertentes: a primeira é o suporte assistencial que visa realizar os trabalhos com os usuários de modo clínico ampliado; e a segunda, é o suporte técnico-pedagógico que produz ações de formação e educação com a equipe (MOURA; LUZIO, 2014).

Observa-se que o psicólogo pode desempenhar um papel importante ao atuar no Sistema Único de Saúde, inclusive no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Quando esse profissional possui uma visão desprendida da psicologia tradicional focada no diagnóstico, na verticalização e no trabalho individual consegue, assim, realizar um trabalho mais humanizado, horizontal, uma escuta atenciosa e um atendimento clínico ampliado. Ao inserir-se no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o psicólogo tem a necessidade de estabelecer um relacionamento com uma equipe multiprofissional para trabalhar o apoio e a corresponsabilidade entre os diferentes atores sociais. Desse modo, o trabalho desse profissional exige que ele tenha atitudes ético-estético-pedagógicas, as quais, infelizmente, muitas vezes, são desconhecidas por esses profissionais, pois a formação em psicologia parece ainda deficitária em prepará-lo para trabalhar em equipe, para a realização da função de apoiador, para a reafirmação dos princípios do Sistema Único de Saúde e para lidar com a interface entre profissionais, usuários, gestores e comunidade. Por isso, faz-se necessário que o psicólogo esteja engajado em uma busca de conhecimento permanente, que o aprimore na reflexão sobre o cuidado que se realiza na instituição. Além disso, é preciso que o psicólogo estabeleça relações com os demais funcionários, com os gestores e com os usuários, podendo, assim, pensar sobre sua atuação, refletir sobre ela e realizar uma nova prática, a qual, por sua vez, pode ser refletida e modificada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas discussões apresentadas, é possível vislumbrar que, historicamente, a proposta do Sistema Único de Saúde tem alcançado inúmeros avanços, mas as atividades desse sistema não vêm desacompanhadas de desafios a serem superados. Diante desses

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

desafios, a relação da psicologia com a Atenção Básica pode tanto se apresentar como um campo de tensões quanto como um campo de possibilidades. Ao que parece, o psicólogo enfrentará tensões se insistir em assumir uma postura despolitizada, realizando intervenções que promovam a manutenção do individualismo e a dicotomia entre sujeito e sociedade, mente e corpo, etc. Por outro lado, essa relação com a Atenção Básica também pode ser um campo de possibilidades na medida em que o psicólogo for capaz de lançar-se em novas possibilidades de atuação, repensar a clínica tradicional e propor intervenções mais adequadas a situações adversas e a espaços que destoam dos consultórios, compreendendo que sua atividade tem implicações políticas e que sua atuação não deve se pautar apenas em um diagnóstico, mas, acima, de tudo, em uma contextualização social, histórica e cultural da queixa daquele que sofre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMA-ATA, Declaração de. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BAPTISTA, T. W. de F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Humaniza SUS: A clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. **Série pactos pela saúde 2006: normas e manuais técnicos**, v. 04. Brasil: Ministério da Saúde, 2006.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. de. O psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 01, 2015.

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da
UEM Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? In: _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007, p. 41-57.

MOREIRA, J. de O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. de O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos da saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 1, p. 608-621, 2007.

MOURA, R. H. de; LUZIO, C. A.. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface: comunicação, saúde e educação**, 2014, p. 957-970.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 2011. Disponível em: < http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.